

**L'infirmière praticienne augmente-t-elle la qualité des
soins dans un service d'urgences ?**

**Similarités et différences de ses compétences avec
l'infirmière bachelor suisse ?**

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science
HES-SO en soins infirmiers

Par

Kiesler Jonathan

Et

Paréjas Arnaud

Promotion 2009-2012

Sous la direction de Madame Quinodoz Marie-Noëlle

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 2 juillet 2012

RESUME

Objectifs :

Notre travail avait comme objectif de répondre aux deux questions suivantes :

1. L'infirmière praticienne augmente-elle la qualité des soins (interprétations des examens, coûts, satisfaction des patients, temps d'attente, débit et relation) dans les services d'urgences ? Quels sont les éléments facilitateurs et les freins à leur emploi ?
2. Les compétences de l'infirmier Bachelor, en Suisse sont-elles comparables à celles de l'infirmière praticienne ?

Méthodologie : Ce travail est une revue de littérature qui nous a permis de comparer l'infirmière Bachelor avec l'infirmière praticienne¹ (IP).

Résultats : L'IP aurait un effet positif sur la qualité des soins. Leur engagement dans les services d'urgences dépendrait d'éléments facilitateurs et freinant.

Les différences principales entre l'infirmière bachelor et l'IP résident dans leur formation et au niveau des compétences médico-déléguées.

Conclusions : L'infirmière praticienne pourrait être une stratégie pour répondre aux problématiques concernant la qualité des soins offerts aux patients. Cependant, l'infirmière Bachelor possède de bonnes qualifications qui pourraient répondre aux problématiques des urgences, avec des compétences élargies au niveau des actes médico-délégués.

Mots clefs : Pratique infirmière avancée /Infirmière praticienne/ Service d'urgences/ Infirmière Bachelor/ Qualité des soins/ Satisfaction des patients/

¹ Les termes, infirmière praticienne aux urgences et infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne ainsi que leur abréviation (IP ; IPSSPL) désigne le même rôle.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier notre directrice de mémoire, Madame Quinodoz Marie-Noëlle ainsi que Monsieur Giller Noël pour leurs conseils et leurs soutiens. Nous tenons aussi à remercier les personnes, ci-dessous, qui nous ont aidés à réaliser notre travail que ce soit pour les traductions ou la relecture :

Bonneville Noémie

Boucher-Kiesler Christiane

Brodard Alexandre

Chassot Adrien

Francey Julien

Kiesler Peter

Stadler Pierre

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
REMERCIEMENTS.....	2
1. INTRODUCTION	6
2. PROBLEMATIQUE.....	6
3. QUESTION DE RECHERCHE	8
3.1. Buts poursuivis	9
4. FONDEMENT THEORIQUE.....	9
4.1. Concepts en lien avec la question de recherche.....	9
4.1.1. Service d'urgences	9
4.1.2. La pratique infirmière avancée	10
4.1.3. Tri et temps d'attente aux urgences	13
4.1.4. Définition de la qualité dans les soins	14
4.2. Cadre de référence	15
5. METHODOLOGIE	16
5.1 Devis sélectionné	16
5.2. Processus.....	16
5.3. Critères d'inclusions	16
5.4. Critères d'exclusion	17
5.5. Résultats des stratégies de recherches	17
6. Résultats.....	21
6.1. Qualité des soins	21
6.1.1. Interprétation des examens	21
6.1.2. Les coûts	23
6.1.3. Satisfaction des patients.....	24
6.2. Formation et intégration des IPSSPL.....	27

6.2.1. Formation.....	27
6.2.2. Facteurs favorisant leur intégration	29
6.2.3. Facteurs freinant leur intégration.....	30
6.3. Limites des résultats selon les auteurs	31
7. Discussion.....	33
7.1. Synthèse des résultats	33
7.2. Critique des résultats.....	34
7.2.1. Présentation.....	34
7.2.2. Les articles dans leur ensemble	34
7.2.3. Méthodologie	35
7.2.4. Ethique	36
7.2.5. L'interprétation	36
7.3. Comparaison des compétences de l'infirmière praticienne à l'infirmière Bachelor	36
7.3.1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins	37
7.3.2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires.....	37
7.3.3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé	38
7.3.4. Evaluer ses prestations professionnelles.....	38
7.3.5. Contribuer à la recherche en soins et en santé	38
7.3.6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé.....	38
7.3.7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire.....	39
7.3.8. Participer aux démarches qualité	39
7.3.9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome.....	39

7.4. Points forts et limites de la revue de littérature	39
7.5. Réponse aux questions de recherche	40
8. Perspectives pour la pratique infirmière	41
9. Conclusion	41
Biobibliographie	42
Annexe :	46

1. INTRODUCTION

Notre thèse de Bachelor traite de la problématique que l'on rencontre dans les services d'urgences, et en particulier, les temps d'attente et l'insatisfaction des patients que cela entraîne. Les statistiques de nombreux hôpitaux montrent une augmentation de la fréquentation des urgences chaque année. Par exemple, les urgences du CHUV ont accueillis 35'000 patients en 2008, soit une augmentation de 8% en comparaison à 2007 (Matzinger & Bornet, 2010).

Nous voulions aussi essayer de trouver des pistes de solutions avant de se retrouver dans la situation des urgences québécoises, où la moyenne d'attente entre 2008 et 2009 était de 17 heures aux urgences, avant une hospitalisation, tandis qu'actuellement au CHUV, on attend en moyenne quatre à cinq heures (ibid, 2010).

Nous nous sommes demandé ce que nous pourrions faire, en tant qu'infirmier², pour lutter contre ces problématiques. Nous avons donc cherché à trouver des pistes d'actions infirmières qui pourraient résoudre plusieurs problèmes que l'on rencontre aux urgences, tel que la satisfaction des patients, la qualité des soins, le temps d'attente, les coûts, etc.

Pour cela, nous sommes partis sur l'acquisition de nouvelles compétences infirmières, tout particulièrement, les actes médico-délégués.

Actuellement, on commence à parler de l'infirmière praticienne (IP) en Suisse. En effet, lors de notre participation au congrès de l'Association Suisse des Infirmiers/ères (ASI) en mai 2012, nous avons pu écouter un débat qui a, en outre, fait référence à l'infirmière praticienne.

Un autre facteur qui nous a encouragé à choisir ce thème est le fait que nous avons déjà été confrontés à ces problèmes en tant que patient ou accompagnant aux urgences et que dans le futur, nous souhaiterions exercer notre profession dans ce milieu.

2. PROBLEMATIQUE

Plusieurs recherches traitant de la satisfaction de la clientèle aux urgences démontrent qu'elle dépend du temps d'attente, de la qualité de la prise en charge médicale et

² Les termes infirmier/infirmière sont utilisés de manière épiciènes et avec un souci d'égalité

infirmière, de leurs qualités techniques et des informations reçues (Revilla, Taboulet, Raffort & Plaisance, 2008).

Dans la littérature, il apparaît que les services d'urgences hospitaliers occidentaux voient leur temps d'attente en constante augmentation. C'est un problème d'actualité et la politique commence sérieusement à s'y intéresser.

Pendant de nombreuses années, on a considéré que seules les urgences relatives étaient concernées par ce problème et que les urgences vitales n'étaient pas remises en cause. Malheureusement, aujourd'hui, nous constatons que tous les niveaux de tri des urgences sont atteints par ce problème. Par conséquent, une baisse de la qualité des soins, un risque d'erreur augmenté, une élévation du taux de mortalité et une prise en charge de la douleur trop tardive pourraient apparaître. Ceci amène de plus en plus souvent à la déviation des ambulances et des hélicoptères de secours (Aufray & Vig, 2008). Un article paru dans l'hebdo en 2002, démontre bien les conséquences que cela peut avoir : en Allemagne, pays aussi concerné par ce problème, un homme de 54 ans est mort dans un hélicoptère de secours car aucun des huit hôpitaux contactés ne pouvaient l'accueillir, soit à cause d'un manque de personnel, soit d'un manque de lits (Bellini & Zaugg, 2002).

D'autres conséquences sont la prolongation de la durée d'hospitalisation réduisant le nombre de places disponibles, ce qui renforce le cercle vicieux. L'attente aux urgences a aussi des conséquences sur le comportement des patients. Elles peuvent se manifester de deux manières différentes : premièrement par de la violence physique et verbale (au CHUV en 2005 le service de sécurité a dû intervenir 894 fois dans le service des urgences) et deuxièmement, par le départ de patients qui quittent les urgences sans avoir été vus par un médecin (ce qui représente 600 patients soit 1 à 15% des patients venant aux urgences du CHUV) (Hugli, Potin, Schreyer & Yersin, 2006).

Selon (Hugli, *ibid.*, p.1837), les causes sont :

En amont des urgences :

- Augmentation du nombre de patients
- Augmentation de la complexité des cas
- Manque de structures de soins en dehors des heures ouvrables.

Au sein des urgences :

- Manque de lits
- Multiplication des tests diagnostiques

- Délai pour obtenir les tests (CT, scintigraphie, échocardiographie, etc.)
- Prolongation des traitements pour éviter une admission
- Délais d'obtention des consultations spécialisées
- Absence de professionnel des urgences
- Augmentation des exigences de documentations et des actes d'écritures
- Manque de lits de courts séjours

En aval des urgences :

- Manque de lits intra hospitaliers
- Manque de lits de soins continus
- Manque de lits de courts séjours et moyens séjours

La cause principale est l'augmentation du nombre de patients, qui s'expliquerait par une croissance démographique et un changement des habitudes culturelles de la population. En effet, la population aurait perdu l'usage du médecin de famille ou de campagne, en préférant utiliser le service des urgences qui a l'avantage d'être continuellement à disposition. De plus, le manque de lits et de personnels disponibles dans les services seraient aussi une source d'engorgement des urgences (Fournier & Co, 2010). Ils existent aussi des patients qui abusent du système de soins. Ce pourcentage se situe, en Europe, entre 15 et 50%. Ces derniers seront redirigés vers des structures de soins ambulatoires dans la mesure du possible (Hugli & Co., 2006).

Une autre raison qui contribue au choix de notre problématique, est le fait que la Suisse, tout comme d'autres pays européens, fait face à une pénurie de médecins. Chaque année, les cinq universités suisses délivrent 800 diplômes de médecins, ce qui est insuffisant pour remplacer les 1400 médecins sortant du système hospitalier suisse. Il faut donc aller chercher 500 médecins hors de nos frontières et ainsi contribuer au vol de médecins au niveau mondial (Pécoud, 2006). L'auteur propose plusieurs solutions pour lutter contre les conséquences de cette pénurie et dit : « Une délégation de certaines compétences du médecin à d'autres professionnels de la santé est probablement incontournable. » (Pécoud, *ibid.*, p.2722).

3. QUESTION DE RECHERCHE

Les problèmes cités ci-dessus nous ont amenés dans un premiers temps, à nous demander ce que nous pourrions faire en temps qu'infirmier pour les régler. Ayant constaté qu'une élève avait déjà fait un travail sur les conséquences de l'infirmière du tri aux urgences, nous sommes partis sur les effets qu'aurait une augmentation des

compétences des infirmières dans ce milieu. Après avoir étudié la littérature scientifique, nous nous sommes penchés sur la situation du Canada où la problématique y était plus conséquente. Pour y répondre, ils ont mis en place des infirmières praticiennes (définition au point 4.1.2.2.). Cela nous a conduits à nous poser ces questions :

L’infirmière praticienne augmente-t-elle la qualité des soins (interprétations des examens, coûts, satisfaction des patients, temps d’attente, débit et relation) dans les services d’urgences ? Quels sont les éléments facilitateurs et les freins à leur emploi ?

Les compétences de l’infirmier Bachelor, en Suisse, sont-elles comparables à celles de l’infirmière praticienne ?

3.1. Buts poursuivis

Les buts de notre revue de littérature étaient :

De savoir si l’infirmière praticienne était une bonne piste d’action pour augmenter la qualité des soins aux urgences.

De comparer ce type d’infirmière avec notre référentiel de compétences afin de trouver des similitudes et d’identifier les compétences qui pourraient encore être développées.

De mettre en valeur le rôle infirmier, qui est en constante évolution.

4. FONDEMENT THEORIQUE

4.1. Concepts en lien avec la question de recherche

Nous avons décrit ci-dessous les différents concepts qui nous ont permis d’analyser et de comprendre notre question de recherche.

4.1.1. Service d’urgences

Etant donné que la question de notre travail, traite de l’infirmière praticienne dans le milieu des urgences somatiques, il était donc nécessaire de donner une définition commune. Nous avons décidé d’utiliser la définition provenant de l’Hôpital fribourgeois.

C'est un service qui prend en charge toute personne en état de détresse réelle ou ressentie, 24 heures sur 24, 365 jours par an. Celle-ci bénéficie d'un accueil adapté à son état, quelle que soit la gravité de sa maladie ou de son accident. (...). Toute personne nécessitant des soins peut se présenter aux urgences de l'HFR, (...). La prise en charge s'effectue dans les délais les plus brefs possibles, selon le degré de gravité du cas. (HFR, 2011)

4.1.2. La pratique infirmière avancée

Etant donné que notre travail parle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et que cette profession fait partie de ce qu'on nomme la pratique infirmière avancée, nous avons décidé de donner une définition de cette dernière. Pour ce faire, nous avons cité deux définitions qui se complètent bien pour donner une image complète de la pratique infirmière avancée :

La première définition vient de l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) (2008, p.0).

Pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Cette pratique consiste à analyser et combiner des connaissances, à comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et les résultats de recherche infirmière, ainsi qu'à façonner et faire progresser le savoir infirmier et la profession dans son ensemble.

La deuxième vient du comité international infirmier (CII) (2008) cité par Delmaire, M. & Lafortune, G. (2010 p.24) qui affirme qu'une infirmière en pratique avancée :

(...) est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée.

Nous avons choisi ces explications, car elles font ressortir les éléments clefs des différentes définitions nationales. Dans l'acquisition des éléments clefs, on retrouve l'idée d'une expérience professionnelle importante et théorique dans un domaine précis,

d'une réglementation qui autorise la pratique et d'une formation universitaire de second cycle recommandée, voire obligatoire.

Selon Delmaire & Lafortune (2010), la définition de la pratique infirmière avancée est compliquée car elle couvre un champ d'action très vaste et qu'elle est très dépendante des pays, voire même des régions.

Dans la majorité des pays, comme pour le Canada, deux pratiques infirmières avancées sont reconnues aujourd'hui (AIIC, 2008). Il s'agit de l'infirmière clinicienne et de l'infirmière praticienne. Les définitions relatives à chacun de ces deux rôles sont décrites ci-dessous. En Suisse, nous n'avons pas d'infirmière praticienne mais nous avons des infirmières cliniciennes.

4.1.2.1. L'infirmière clinicienne

Notre travail ne parle pas de cette profession, toutefois, il est important de comprendre la différence entre les deux rôles.

L'AIIC (2008, p.16) définit ainsi l'infirmière clinicienne :

Les infirmières cliniciennes spécialisées prodiguent des soins infirmiers spécialisés à des populations déterminées. Elles jouent un rôle de premier plan dans l'élaboration de guides et de protocoles cliniques, préconisent l'utilisation des données probantes, fournissent de l'appui et des conseils d'experts et facilitent le changement dans le système.

Le site infirmière-suisse (2012) nous informe que nous pouvons les retrouver dans les spécialisations suivantes : clinique générale, santé mentale, soins palliatifs, recherche, oncologie, diabétologie ou gériatrie.

4.1.2.2. L'infirmière praticienne

Nous avons dans un premier temps, défini ce qu'est une infirmière praticienne de manière générale, car tout comme les cliniciennes, on peut les retrouver dans différents milieux. Cela nous a permis de bien voir la différence entre l'infirmière clinicienne et praticienne.

Voici la définition très complète de l'infirmière praticienne que donne le site de l'Association des Infirmières Praticiennes Spécialisées du Québec (AIPSQ) (s.d) :

Une infirmière praticienne ou un infirmier praticien est une infirmière ou un infirmier autorisé qui possède une formation et de l'expérience additionnelle en

soins infirmiers. Ce sont des professionnels de la santé qui traitent la personne toute entière : ils s'occupent des besoins liés à la santé physique et à la santé mentale, ils font la collecte des renseignements sur les antécédents familiaux, ils s'attardent sur la façon dont la maladie influe sur la vie quotidienne du patient et de sa famille et ils offrent des conseils pour mener une vie saine et sur les façons de gérer la maladie chronique. L'infirmière praticienne est une éducatrice et une chercheuse que les autres membres de l'équipe de soins peuvent consulter. (...) La pratique de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) au Québec a débuté en 2006. En plus des activités propres à sa profession, l'IPS peut exercer cinq activités supplémentaires habituellement réservées aux médecins soit (1) la prescription de médicaments et d'autres substances, (2) la prescription d'examen diagnostiques, (3) la prescription des traitements médicaux, (4) l'utilisation de techniques diagnostiques invasives ou qui présentent des risques de blessure et (5) l'utilisation de techniques ou l'application de traitements médicaux invasifs ou qui présentent des risques de blessure. Nous retrouvons présentement des IPS dans quatre spécialités soit en néphrologie, en cardiologie, en soins de première ligne et en néonatalogie.

Dans le point qui suit, nous nous sommes concentrés sur les infirmières praticiennes en soins de première ligne car c'est de cette spécialité en particulier que nous avons traitée dans notre mémoire.

4.1.2.2.1. L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

Pour définir le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, nous nous sommes basés sur les lignes directrices qui ont été écrites par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des Médecins du Québec (CMQ) en 2008. Il ne faut pas oublier que l'on retrouve ce rôle dans plusieurs pays et régions et qu'il peut donc y avoir des différences.

Au Québec, elle travaille de manière autonome en partenariat avec un ou plusieurs médecins de famille, sur leur lieu de travail, ou qui sont accessibles à distance. Comme la loi le prescrit, il doit y avoir une entente écrite entre les deux partenaires. Elle travaille aussi en collaboration avec d'autres professionnels de la santé.

Elle peut exercer dans différents milieux, y compris les services d'urgences pour s'occuper de patients présentant un degré d'urgence 4 ou 5.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSSPL) réalise, en plus de son rôle propre, cinq activités normalement réservées aux médecins que nous avons expliquées plus haut. Une description plus détaillée de ses activités est disponible en annexe B.

Quand le cas du patient nécessite des soins qui dépassent ses compétences, l'IP demande la collaboration du médecin. Ci-dessous, vous retrouvez certaines de ces situations :

1. Son évaluation ne lui permet pas de déterminer clairement le problème de santé courant, les critères pour entreprendre un traitement médical ne sont pas clairs ou la situation dépasse les compétences de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne(...).
2. Elle constate que la croissance ou le développement d'un nouveau-né, d'un nourrisson ou d'un enfant est anormal ou note la présence d'un signe ou d'un symptôme de maladie chez le nouveau-né et le nourrisson de trois mois ou moins autre que le muguet, la dermite séborrhéique, l'érythème fessier et l'obstruction du canal lacrymal.
3. Il y a suspicion d'abus ou présence d'un signe d'abus ou d'un symptôme d'une infection transmise sexuellement chez un enfant.
4. Une affection chronique s'aggrave (...).
5. Une grossesse de plus de 32 semaines.
6. Son évaluation lui permet de déceler un symptôme, un signe ou de constater un résultat d'analyse par imagerie ou de laboratoire suggérant un risque pour la femme enceinte ou l'enfant à naître.
7. La situation met en péril la vie d'une personne ou son intégrité physique ou mentale.

(OIIQ & CMQ ibid, pp.18-19)

Quand le médecin intervient, il peut tout simplement conseiller l'IPSSPL, prendre la coresponsabilité du patient ou en dernier lieu, reprendre seul le cas du patient.

L'IPSSPL ne peut pas demander de consultation chez un médecin spécialiste, sans l'autorisation du médecin partenaire. En revanche, elle peut demander une consultation chez un autre médecin de famille que le médecin partenaire, si cela a été prédéfini. En ce qui concerne la demande de soutien à différents professionnels de la santé (diététicien, physiothérapeute, psychologue, etc.), elle est autonome.

4.1.3. Tri et temps d'attente aux urgences

Pour mieux comprendre le fonctionnement des urgences ainsi que les temps d'attentes, nous avons décidé d'expliquer le processus de tri. Cette définition sera nécessaire pour comprendre, quel type de patient l'infirmière praticienne prend en charge.

Costa (2010) a interviewé plusieurs médecins responsables des urgences du HUG. Ils expliquent que le tri est réalisé par une infirmière d'accueil et d'orientation, qui effectue une anamnèse et prend les paramètres vitaux afin de déterminer la sévérité des cas. Les

patients sont classés selon quatre degrés (annexe C). Les patients de degré un sont pris en charge immédiatement. Ceux de degrés deux sont pris en charge dans un délai de 20 minutes et ceux de degré trois et quatre dans un délai de 20 minutes à deux heures dans la mesure du possible. Ce qui signifie que le temps d'attente dépend uniquement du degré d'urgence et non de l'ordre d'arrivée des patients.

4.1.4. Définition de la qualité dans les soins

Il est important pour notre de travail de bien comprendre ce qu'on entend par le terme qualité et comment nous avons décidé de l'interpréter. Sachant qu'il existe différentes définitions de la qualité et que ce travail traite du domaine de la santé, il nous a semblé important de partir de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Selon la définition de la qualité de l'OMS repris par Revilla, Taboulet, Raffort & Plaisance (2008), on voit que la démarche doit assurer un meilleur résultat en terme de santé et avoir un risque iatrogène moindre. Pour ce faire, nous avons répertorié des articles scientifiques qui nous ont permis d'évaluer la qualité des prestations des IPSSPL pour les patients et d'évaluer le risque iatrogène. Nous avons donc examiné le taux de réhospitalisation, la justesse des diagnostics et la qualité de leur interprétation d'examens.

La définition de l'OMS dit aussi que la qualité signifie aussi assurer le meilleur coût pour un même résultat. Pour ce faire, nous avons aussi pris en compte l'effet que l'introduction d'IPSSPL pourrait avoir sur les coûts pour une qualité de soins égale.

Pour finir, cette définition prend en compte la satisfaction du patient, que ce soit dans les procédures, les résultats et dans les relations humaines. Revilla et al. (ibid) détaillent d'avantage ce qu'on entend par satisfaction des patients. Pour eux, la satisfaction est une notion essentielle lors des démarches d'amélioration et d'évaluation du système. La satisfaction dépend du temps d'attente, de la qualité technique des soins, de la qualité de la prise en charge médicale/infirmière et des informations reçues. Nous avons donc cherché à apprécier l'effet sur la satisfaction des patients que peut avoir l'introduction d'une IPSSPL aux urgences. Pour cela, nous nous sommes intéressés à la qualité de la relation soignant-soigné dans le cadre de cette profession. Nous avons pris en compte l'effet que peut avoir une IPSSPL sur le débit de patient aux urgences, sur le temps d'attente et sur le temps total passé dans ce type de service.

Pour résumer, nous avons essayé d'identifier l'effet qu'aurait l'introduction d'une IPSSPL sur la qualité des soins apportés au patient.

4.2. Cadre de référence

Concernant le cadre de référence, nous avons décidé d'utiliser le référentiel de compétences du Plan d'étude cadre Bachelor 2006 (PEC 2006) de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (Hes-so) filière de formation Soins infirmiers pour répondre à notre deuxième objectif, qui était : comparer les infirmières praticiennes avec notre référentiel de compétences, afin de trouver des similitudes et d'identifier les compétences qui seraient à développer. Pour ce faire nous avons analysé les neuf compétences que nous avons développées durant notre formation au niveau « expertise », car c'est celui que nous sommes censés atteindre à la fin de notre formation.

La première compétence est : « Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins » (Hes-so, 2006, p.6).

La deuxième est : « Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires » (Hes-so, *ibid.*, p.7).

La troisième est : « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé » (Hes-so, *ibid.*, p.8).

La quatrième est : « Evaluer ses prestations professionnelles » (Hes-so, *ibid.*, p.9).

La cinquième est : « Contribuer à la recherche en soins et en santé » (Hes-so, *ibid.*, p.9).

La sixième est : « Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé » (Hes-so, *ibid.*, p. 10).

La septième est : « Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire » (Hes-so, *ibid.*, p. 10).

La huitième est : « Participer aux démarches qualité » (Hes-so, *ibid.*, p.11).

La dernière est : « Exercer sa profession de manière responsable et autonome » (Hes-so, *ibid.*, p.11).

Ces compétences sont détaillées dans l'annexe D.

5. METHODOLOGIE

5.1 Devis sélectionné

Le devis que nous avons choisi pour notre travail de bachelor est une revue de littérature. Ce devis nous a permis d'avoir une vision globale et actuelle de l'état des connaissances sur notre problématique que nous avons nommée dans le point 2.0. Le but d'un tel travail est d'améliorer la pratique infirmière en se basant sur des résultats concrets et d'améliorer nos connaissances. Pour que notre travail de bachelor soit fiable, nous avons dû acquérir des connaissances sur notre sujet, ce qui nous a permis de critiquer les textes sélectionnés, de les résumer et ensuite, de rédiger notre travail (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007).

5.2. Processus

Afin d'avoir des articles scientifiques de qualité, nous avons effectué une recherche dans la banque de données « Pubmed/Medline » de février 2011 à mai 2012. Ne trouvant que des articles en anglais, nous avons tenté d'en trouver en français dans « Google Scholar » et « érudit » mais ce fut sans succès. Afin de limiter nos recherches, nous avons élaboré des critères d'inclusion et d'exclusion, définis ci-dessous. Une majorité de nos articles ont été dénichés en regardant ce que « Pubmed/Medline » proposait en lien avec les articles que nous avions sélectionnés.

5.3. Critères d'inclusions

Chaque article que nous avons choisi pour notre revue de littérature a été soumis à une grille de lecture critique (annexe F). Nous nous sommes inspirés de la grille de Geinoz. E (2011) pour analyser chaque article. Les articles devaient répondre aux critères suivants pour pouvoir être intégrés à notre revue de littérature :

1. Les articles devaient avoir moins de 10 ans.
2. Ils devaient être de langue : allemande, anglaise, française ou italienne
3. Ils devaient présenter les caractéristiques nécessaires à un article scientifique, c'est-à-dire, un résumé, une introduction, une méthodologie détaillée, des résultats, une discussion et une conclusion.
4. Ils devaient contribuer à répondre à notre question de recherche.
5. Le contexte de l'article devait être dans le milieu des soins de premières lignes.

Tous nos articles sélectionnés répondaient aux critères mentionnés ci-dessus, à l'exception d'un, qui ne respectait pas le premier critère. Ce dernier avait tout de même été sélectionné. Par la suite, il n'apportait pas assez d'informations utilisables, il fut donc mis de côté.

5.4. Critères d'exclusion

Nous n'avons pas sélectionné les articles qui n'avaient pas les caractéristiques précédemment nommées.

5.5. Résultats des stratégies de recherches

Afin de trouver nos articles, nous avons dû sélectionner les termes Mesh (mots clefs répertoriés sur Pubmed) et les associer de façon à trouver des articles pertinents. Lorsque nous trouvions un article intéressant et répondant aux critères d'inclusion, nous examinions également, les articles qui y étaient liés. D'ailleurs, plusieurs d'entre eux ont été trouvés de cette manière. Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez les associations de termes Mesh utilisés.

Termes MESH et combinaison	Résultats	Nombre d'articles retenus	Titre des articles
[("Nurse Practitioner" [Mesh]) and ("Patient Satisfaction" [Mesh]) and ("Emergency Service, Hospital" [Mesh])]	Total 36 Free full text 6 Review 3	4	<p>Cooper, A. Lindsay, G. Kinn, S. & Swann I. (2002). Evaluating Emergency Nurse Practitioner services: a randomized controlled trial. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 40(6), 721-730.</p> <p>Laurie, A., McGee, M. N., & Kaplan, L. (2007). Factors Influencing the Decision to Use Nurse Practitioners in the Emergency Department. <i>Journal of emergency nursing</i>, 33, 441-446.</p> <p>Sandhu, H. Dale, J. Stallard, N. Crouch, R. & Glucksman, E. (2009). Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an emergency department: a comparison of communication skills and satisfaction. <i>Emergency Medicine Journal</i>, 26, 400-404.</p> <p>Thrasher, C. & Purc-Stephenson, R. (2008). Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i>, 20, 231-237.</p>
[("Nursing" [Mesh]) or ("Nursing Practitioner"	Total 67 Free full text 5	3	Alix, J.E. Carter, MD. Alecs, H. & Chochinov, MD. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times

[Mesh]) and (“Waiting list” [Mesh]) and (“Emergency service” [Mesh])]	Review 5		<p>in the emergency departement. <i>Canadian journal of emergency medical care</i>, 9(4),286-295.</p> <p>Considine, J. Martin, R. Smit, D. Winter, C. & Jenkins, J. (2006). Emergency nurse practitioner care and flow: Case-control study. <i>Emergency Medicine Australia</i>, 18, 385-390.</p> <p>Norris, T. & Melby, V. (2006). The Acute Care Nurse Practitioner: challenging existing boundaries of emergency nurses in the United Kingdom. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 15, 253-263.</p>
Articles connexes aux recherches precedentes.		8	<p>Blitz, S. Nichols, D. Harley, D. Sharma, L. (2007). Introducing a nurse practitioner into an urban Canadian emergency department. <i>Canadian Journal of Emergency Medicine</i>, 10(4), 355-363.</p> <p>Brebner, J.A. Ruddick-Bracken, H. Norman, J.N & Page J.G. (1996). The nurse practitioner: management of minor trauma. <i>Accident and Emergency Nursing</i>, 4, 43-46.</p> <p>Ducharme, J. Alder, R. Pelletier, C. Murray, D. & Tepper, J. (2009). The impact on patient flow after the integration of nurse practioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. <i>Canadian Journal of Emergency Medicine</i>, 5, 455-</p>

		<p>461.</p> <p>Linden, C. Reijnen, R. & Vos R. (2009). DIAGNOSTIC ACCURACY OF EMERGENCY NURSE PRACTITIONERS VERSUS PHYSICIANS RELATED TO MINOR ILLNESSES AND INJURIES. <i>Emergency Nurses Association</i>, 36, 311-316.</p> <p>Mason, S. Fletcher, A. McCormick, S. Perrin, J & Rigby, A. (2005). Developing assessment of Emergency Nurse Practitioner competence – a pilot study. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 50,425-432.</p> <p>Sakr, M. Kendall, R. Angus, J. Saunders, A. Nicholl, J. & Wardrope, J. (2003). Emergency nurse practitioners: a three part study in clinical and cost effectiveness. <i>Emergency Medicine Journal</i>, 20, 158–163.</p> <p>Steiner, I. Nichols, D. Blitz, S. Tapper, L. Stagg, A. Sharma, L. & Policicchio, C. (2009). Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. <i>Journal Canadian de soins médicaux</i>, 11, 207–214.</p> <p>Thrasher, C. & Purc-Stephenson, R. (2007). Integrating nurse practitioners into Canadian emergency departments: a qualitative study of barriers and recommendations. <i>Journal Canadian de soins médicaux d'urgence</i>, 9, 275-81.</p>
--	--	--

6. Résultats

Après analyse des articles, nous avons décidé de catégoriser les résultats en deux groupes principaux :

- La qualité des soins
- La formation et l'intégration des infirmières praticiennes dans les soins de première ligne.

Ces deux groupes ont encore été subdivisés afin de faciliter la lecture des résultats.

6.1. Qualité des soins

Pour faciliter la lecture en nous basant sur la définition de la qualité de l'OMS présentée précédemment, nous avons classé les résultats comme suit :

6.1.1. Interprétation des examens

Dans leur étude de cohorte rétrospective, Linden, Reijnen & Vos (2009) ont comparé deux groupes de patients incluant 741 patients chacun. Un groupe se composait de patients qui étaient pris en charge par les infirmières spécialisées en soins de première ligne et le deuxième, par des médecins-assistants. Ils ont examiné le taux de blessures et de diagnostics manqués ou de maladies mal gérées, sur des patients souffrant de blessures et maladies mineures. La précision des diagnostics posés a aussi été évaluée afin d'en déterminer l'incidence. Sur 1482 patients, 29 (1.9%) ont eut une blessure manquée (17 [1.1%]), ou bénéficié d'une prise en charge inappropriée (12[0.8%]). Dans le groupe IPSSPL, 20 patients ont eu une blessure manquée (12 [1.6%]) ou reçu une prise en charge considérée insatisfaisante (8[1.1%]). Le groupe de patients pris en charge par les médecins assistants comportait 9 patients ayant une blessure manquée (5[0.7%]) ou une prise en charge insatisfaisante (4[0.5%]). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les IPSSPL et les médecins internes en termes de blessure manquée et de prise en charge insatisfaisante (9 erreurs pour les internes [1.2%] et 20 erreurs par les IPSSPL [2.7%] risque relatif, 0.4 ; IC 95%, 0.031-1.591). La raison principale des blessures manquées était la mauvaise interprétation des radiographies (13 sur 17).

Ces résultats sont appuyés par la recherche qui suit, car elle a aussi comparé des médecins-assistant avec des IPSSPL, mais à la différence que les auteurs ont examiné le nombre d'erreurs significatives faites par les deux groupes.

En effet, dans leur étude prospective randomisée Sakr, Kendall, Angus, Saunders, Nicholl & Wardrope (2003) cherchaient à comparer, le rapport coût-efficacité entre un service d'urgences traditionnel (médecin assistant) et un service dirigé par des IPSSPL, pendant deux ans. Dans la première étape, ils ont regardé le service d'urgences traditionnel en prenant en compte un échantillon de 1447 patients avec des blessures mineures. Dans un deuxième temps, ils ont observé le service dirigé par des IPSSPL en prenant un échantillon se composant de 1315 patients avec des blessures légères. Ceci permit de constater qu'il y avait des erreurs significatives dans les deux groupes. Dans le groupe des urgences dite traditionnelles, il y a eu 191 erreurs (13.2%) et 126 erreurs dans le service des IPSSPL soit 9.6% ($p=0.003$). Dans les deux cas, le nombre de radiographies demandées était supérieur à ce que les experts avaient jugé nécessaire.

Une étude a aussi cherché à déterminer le taux d'équivalence concernant la prise en charge de patients par une IP, en comparaison avec des médecins urgentistes, au lieu des internes comme précédemment.

Pour ce faire, dans leur étude descriptive, Steiner, Blitz, Nichols, Harley & Sharma (2007) ont cherché à déterminer si l'évaluation, l'examen du patient ainsi que les mesures prises par l'IP étaient équivalents aux médecins urgentistes. Pour cela, ils ont comparé les soins donnés par une IP (la plus compétente sur 12 IP) à ceux donnés par des médecins urgentistes pour les mêmes patients, soit 711 patients. Le taux d'équivalence est indiqué en pourcentage. Sur l'ensemble des prises en charge, 42.9% ont été jugées équivalentes à celles des médecins urgentistes. Les patients avec le taux d'équivalences le plus élevé étaient les patients nécessitant un diagnostic par imagerie (91.7%) et l'interprétation des résultats d'examens de microbiologie (87.6%). Les plaies dues à une coupure, ainsi que les maux de gorge isolés ont également un taux d'équivalence élevé (50%).

A la différence des précédentes recherches, la suivante a démontré des différences entre les IPSSPL et les internes sur certains points.

Un essai contrôlé randomisé rédigé par Cooper, Lindsay, Kinn & Swann (2002), parle également de l'interprétation des radiographies des IPSSPL en comparaison à celles

faites par les médecins assistants. Cette étude a été réalisée dans un service d'urgences où ces deux types de professionnels pouvaient requérir des conseils auprès des médecins-cadres concernant l'interprétation des radiographies, le diagnostic et la gestion du patient. Les résultats ont montré que l'IPSSPL demandait plus souvent des conseils sur l'interprétation des radiographies et d'ordre générale sur la prise en charge du patient (64.6% IPSSPL contre 21.2% des assistants, $P < 0.001$). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le nombre de radiographies demandées (IPSSPL 56.6%, assistants 47.5%, $P=0.2$).

Quatre mois après la fin de l'essai, Cooper & al. (ibid), ont analysé 93.5% des 186 transmissions écrites, étant donné que 13 transmissions avaient été égarées. Ils ont jugé que celles faites par les IPSSPL ($n=94$) étaient de meilleure qualité que celles des assistants ($n=92$) (IPSSPL 28.0 sur 30, assistants 26.6 sur 30 $P < 0.001$). Les chercheurs ont aussi comparé le temps de récupération (niveau des symptômes, niveau d'activité et incapacité de travail) des patients, qui n'a montré aucune différence entre les deux groupes de professionnels ($P=0.96$).

L'ensemble de ces résultats ont un impact sur la qualité de l'offre en soins, proposée aux patients.

6.1.2. Les coûts

Sakr & al. (2008) ont comparé les coûts d'un service d'urgences traditionnel ayant des médecins assistants avec un service dirigé par des IPSSPL. Pour le service avec des médecins assistants, la période prise en compte allait d'avril 1996 à fin mars 1997. Concernant le service des IPSSPL, la période allait de mai 1997 à mars 1998 étant donné que ce service n'avait ouvert qu'en mai. Ils ont constaté que dans le service traditionnel, le coût par unité de charge de travail était de 40.01£ contre 41.10£ pour le service avec des IPSSPL. Le coût des suivis programmés des patients a été pris en compte et ils ont observé dans le service avec des IPSSPL que le coût par cas, était de 12.7£ et de 9.66£ dans un service traditionnel.

6.1.3. Satisfaction des patients

6.1.3.1. Les temps d'attente et le débit de patient

Steiner, Nichols, Blitz, Tapper, Stagg, Sharma & Policicchio (2009) ont réalisé une étude prospective observationnelle dans le but de déterminer l'impact des nouvelles IP sur les temps d'attente et la durée de séjour des patients aux urgences. Les auteurs ont pris en compte 3238 visites de patients aux urgences. Parmi elles, 1314 sont survenues durant la période de contrôle (service avec uniquement des médecins urgentistes) et 1924 pendant la période d'intervention (introduction d'une IP aux médecins urgentistes). Le nombre moyen de patients vus pendant les périodes d'intervention était de 28, contre 25 en période de contrôle, ce qui reflète une augmentation du débit de patient de 12% ($p < 0.001$). Concernant le temps d'attente, les chercheurs n'ont pas observé de différence significative dans la médiane. Il a été observé, même si cela n'est pas significatif, que les taux de patients qui quittaient l'établissement sans traitement étaient légèrement plus bas durant les périodes d'intervention (11.9% soit 259 sur 2183 contre 13.7% soit 209 sur 1523 durant le contrôle).

Une étude de cas-témoins de Considine, Martin, Smit, Winter & Jenkins (2006) a été dans le même sens, en comparant le temps d'attente, le temps de traitement et la durée de séjour aux urgences des patients gérés par une IPSSPL à un service traditionnel. Le but de cette étude était de fournir des données exploratoires concernant l'effet d'une IPSSPL sur le flux des patients aux urgences. Pour cela, ils ont pris en compte 725 patients dont 623 dans le groupe contrôle et 102 pour le groupe de l'IPSSPL. Ils ont déterminé le niveau de signification des résultats à $p < 0.05$. Les résultats ont démontré qu'il n'y avait pas de différence dans le temps médian d'attente ($p = 0.41$), de traitement ($p = 0.41$) et la durée de séjour ($p = 0.28$).

L'étude de Linden & al. (2009) a aussi démontré qu'il n'y avait pas de différences significatives dans le temps d'attente entre l'IPSSPL (19 minutes) et les assistants (20 minutes). Toutefois, elle a démontré que la durée moyenne de séjour était significativement plus longue pour le groupe de patients des assistants (20 minutes de plus ; IC 95%, 72.32-77.41).

L'étude suivante va dans le sens de la précédente en confirmant l'aspect positif de l'introduction de l'IPSSPL et en amène de nouveaux.

Dans leur devis corrélationnel descriptif rétrospectif, Ducharme, Alder, Pelletier, Murray & Tepper (2009) avaient comme but d'évaluer l'impact de l'intégration des IP et des médecins assistants dans un service d'urgences en prenant en compte : le cheminement des patients, le temps d'attente et le pourcentage de patients quittant les urgences sans avoir été vus. Cette étude a été réalisée sur deux périodes de 14 jours, en prenant en compte six services d'urgences en Ontario avec 396 consultations pour les internes et 298 pour les IP. Ils ont divisé les résultats en deux phases, dans la première les IP et les internes participaient de manière directe aux soins et dans la deuxième partie de manière indirecte. Dans la première partie, les chercheurs ont objectivé que le temps d'attente avait été 1.6 fois meilleur lorsqu'un assistant était impliqué dans les soins (IC 95% ; 1.3-2.1 $p<0.05$). Lorsque l'infirmière praticienne était impliquée ce fut 2.1 fois meilleur dans le temps (IC 95% ; 1.6-2.8 $p<0.05$). Lorsque l'interne était impliqué dans les soins aux patients, la durée de séjour aux urgences était de 30.3% plus courte (IC 95% ; 21.6%-39% $p<0,01$). La moyenne de la durée de séjour a changé de 265.4 minutes à 182.9 minutes. Lorsque que l'IP était impliquée, la moyenne de la durée de séjour était de 48.8% plus courte (IC 95% ; 35%-62,7% $p<0,01$). Le temps est passé de 256.3 minutes à 131.1 minutes. Dans la deuxième partie, ils ont démontré un effet statistiquement significatif sur la moyenne de la durée de séjour. Avec l'aide d'un interne la durée de séjour passe de 304.2 minutes à 277.2 ce qui signifie une baisse de 8.9% (IC 95% ; 3.6%-14.1% $p<0.01$). Pour l'IP ce temps passe de 257.7 minutes à 233.81 ce qui équivaut à une baisse de 9.3% (IC 95% ; 4.6%-13.9% $p<0,01$).

6.1.3.2. La relation soignant-soigné

L'étude transversale de Trasher & Purc-stephenson (2008) avait comme objectif de développer une mesure valide et fiable de la satisfaction des patients afin d'identifier les différentes composantes de cette dernière avec les soins des IP. Pour réaliser cette étude ils ont pris en compte 6 services d'urgences (diversifiés) en Ontario qui employaient des IP. Au total 114 patients ont répondu au questionnaire. La majorité des patients interrogés (71%) ont indiqué qu'ils préféreraient voir l'IP, tandis que 29% préféreraient voir un interne. Pour l'écoute, les scores variaient de 2.40 à 4.00 ($M=3.72$, $SD=0.38$). En effet, les patients ont estimé que l'IP passait assez de temps avec les patients lors des consultations, qu'elle a pris leurs problèmes au sérieux et leur a laissé exprimer leur pensée. En ce qui concerne la prise en charge, les scores variaient de 1.60 à 4.00 ($M=3.52$, $SD=0.49$). Cela suggère que les patients ont été satisfaits du traitement et de

l'éducation de la santé fournit par l'IP. Il a été observé qu'une expérience passée avec une IP influençait positivement la satisfaction du patient concernant sa prise en charge globale, $F(2, 112) = 5.61, p < 0.05$.

Cooper & al. (2002) ont pu constater dans leur étude que les patients montraient une très bonne satisfaction des soins reçus par des internes et des IPSSPL (Internes : 87.7%, $n=81$ / IPSSPL 98.8%, $n=85$; $P < 0.001$). Toutefois, ils ont signalé une meilleure satisfaction pour les patients soignés par l'IPSSPL que par les internes concernant : la facilité de communication (internes : 84%, $n=81$ / IPSSPL : 97.6%, $n=85$; $P=0.009$), le nombre d'informations reçues pour la prévention des accidents et maladie (internes : 45,2%, $n=73$ / IPSSPL : 75.3%, $n=81$; $P=0.001$) et le nombre d'informations sur leur blessure ou maladie (internes : 82.5%, $n=80$ / IPSSPL : 95.2%, $n=83$; $P=0.007$).

Une recherche qualitative non expérimentale descriptive comparative randomisée réalisée par Sandhu, Dale, Stallard, Crouch & Glucksman (2009) s'est penchée plus précisément sur le contenu des entretiens. Pour cela, ils ont mené une analyse en profondeur des consultations faites par six IPSSPL en comparaison à 10 médecins assistants, à sept médecins spécialistes et à 12 médecins généralistes. Pour réaliser cette étude, ils ont filmé les entretiens durant 4 mois, puis ils en ont sélectionné 10 par soignant de manière randomisée et les ont analysés. Ils ont aussi utilisé un questionnaire à remplir à la fin de l'entretien pour mesurer le niveau de satisfaction des patients et des soignants. Ce qui en est ressorti, c'est que le temps moyen de consultation était de 692.7 secondes avec un temps plus court pour les enfants et les patients blessés. Les consultations étaient aussi légèrement plus courtes chez les généralistes et les infirmières praticiennes que chez les internes et les spécialistes. En ce qui concerne la communication, le nombre de paroles prononcées relatives à la collecte de données ($p=0.378$), à la construction d'une relation ($p=0.368$) et à la mise en place d'un partenariat ($p=0.703$) n'étaient pas différents entre les infirmières praticiennes et les trois types de médecins. En revanche les internes ont posé plus de questions ouvertes relatives aux questions médicales ($m\ 9.53, r\ 0-34$; $p < 0.001$) tout comme les spécialistes ($m\ 8.38, r\ 1-31$; $p < 0.001$). Les IPSSPL ($m\ 2.48, r\ 0-7$) ont posé plus de questions ouvertes sur les régimes thérapeutiques que les trois types de médecins (assistant : $m\ 1.80, r\ 0-8$; $p < 0.05$ / spécialistes : $m\ 1.33, r\ 0-4$; $p < 0.001$ / médecins généralistes : $m\ 0.99, r\ 0-5$; $p < 0.001$). Les internistes ($m\ 28.79, r\ 2-85$) ont demandé de manière bien plus significative l'acceptation du patient pour le traitement et ont plus recherché la

compréhension de leurs patients durant la consultation que les IPSSPL (m 22.2, r 5-70 ; $p<0.05$). Les spécialistes (m 2.60, r 0-23) font plus état de leurs désaccords avec les informations, les idées ou les opinions données par le patient durant la consultation que les IPSSPL (m 0.41, r 0-3 ; $p<0.05$). Concernant l'entrée en relation et le partenariat, les consultations des internistes (m 21.90, r 2-61) incluaient plus de questions pour vérifier la bonne compréhension du patient que les IPSSPL (m 13.1, r 0-40 ; $p<0.001$). Les internistes (m 2.40, r 0-14) ont également plus fréquemment demandé l'opinion des patients que les IPSSPL (m 1.04, r 0-5 ; $p<0.001$). Les consultations des spécialistes (m 9.65, r 0-32) incluaient plus de paroles qui questionnaient le patient au sujet de sa compréhension que les IPSSPL (m 5.39, r 0-32 ; $p<0.001$). Concernant l'éducation du patient, la quantité de phrases était significativement plus importante pour les médecins généralistes (m 38.1, IC 95%, 25.2 à 57.5) et les IPSSPL (m 33.2, IC 95%, 17.3 à 63.8) que pour les internistes (m 13.6, IC 95%, 8.6 à 21.4); les spécialistes (m 25.3, IC 95%, 14.3 à 44.7) ne différaient pas significativement d'un autre groupe. Les tests ont montré que les IPSSPL donnaient significativement plus d'informations concernant le régime thérapeutique que les internistes (IPSSPL : m 12.4, r 0-41/ internes : m 9.22, r 0-34 ; $p<0.05$).

6.2. Formation et intégration des IPSSPL

Afin de regrouper les résultats que nous avons trouvés sur la formation, les facteurs favorisant leur emploi et les freins, les résultats ci-dessous ont été classés de la manière suivante.

6.2.1. Formation

L'étude descriptive et exploratoire de Norris & Melby (2006) parle de la perception du rôle de l'IP et de ses limites telles que perçues par les infirmières et les médecins. Pour ce faire, ils ont réalisé un questionnaire (n=98) et ensuite ils ont interviewé six personnes pour approfondir les réponses du questionnaire. Les résultats obtenus ont montré que 50% des participants ont estimé qu'une IP devrait avoir au moins cinq ans d'expérience aux urgences avant d'entreprendre cette formation. Pour 55% des participants, il était important que l'IP eût obtenu une qualification d'infirmière praticienne spécialisée. Il est ressorti que 78.6% des participants estimaient que la formation MIMMS/PHLS (Major Incident Medical Management and Support Course/

Pre-hospital Life Support) n'était pas un pré-requis pour ce rôle. 79 participants (80.6%) ont indiqué que la qualification MSc (master of science) était superflue. Une légère différence ($P = 0.033$) existait entre les médecins et les infirmières sur la question de l'importance du MSc. Pour ce qui concerne le rôle, une majorité importante des répondants ont suggéré que le rôle le plus important de l'IPSI était clinique (96.9%). Les médecins ont attribué une importance plus grande à la recherche et au management que ce qu'ont attribué les infirmières (recherche $P = 0.001$; management $P = 0.022$).

L'étude pilote réalisée par Mason, Fletcher, McCormick, Perrin & Rigby (2005) a plutôt cherché à identifier l'opinion des IPSSPL à propos de leurs compétences, de l'éducation médicale continue et de la forme de cette dernière. Ils ont aussi cherché à identifier les compétences de base des IPSSPL en utilisant un Objectif d'Examinations Clinique Structuré (OSCE) et à réévaluer ces compétences de la même manière après l'éducation médicale continue. Pour réaliser cette étude, ils ont pris en compte 17 IPSSPL sur une durée de dix mois et les ont comparées à la référence obtenue en faisant passer l'OSCE à 18 médecins assistants. Le questionnaire distribué aux IPSSPL relève un besoin en formation continue (exemple : blessure de genoux, épaule ou coude) ($n=11$, 64.7%). Toutes les IPSSPL ont complété une formation nationale « Development of Autonomous Practice » sur une durée moyenne de 2.3 ans (r 0.3-4 ; $m = 2$ ans).

Elles considèrent que la formation continue est de la responsabilité de la personne, envers son employeur ($n=10$; 90%). Durant la recherche, leur formation préférée était un mélange de jours d'études et d'exercices pratiques avec des médecins expérimentés ($n=15$; 65.2%). En ce qui concerne l'évaluation de leurs compétences, les IP ont suggéré que cela ait lieu par de la pratique clinique avec des médecins et par des tests officiels pour finaliser leur formation.

Concernant les résultats des compétences de base évaluées par l'OSCE, il n'y avait pas de différence entre les médecins internes et les IPSSPL.

Les résultats ont démontré une amélioration en ce qui concerne les résultats des IPSSPL entre le premier OSCE et le deuxième. Cela est dû à une progression dans la partie comportant des questions, étant donné qu'il n'y a pas eu de différence dans les postes pratiques.

Steiner & al. (2007) ont enregistré que l'IP avait eu 88.3 heures dédiées à la formation par les évaluateurs (médecin urgentiste), ce qui leur a permis d'observer une

amélioration dans le taux d'équivalence durant la période une [sur 92 visites 23 équivalentes (25%)] à la période six [sur 121 visites 68 équivalentes (56.2%)].

6.2.2. Facteurs favorisant leur intégration

La population de Noris & al. (2006) a défini que les deux éléments principaux à l'intégration réussie d'une IP était en premier lieu le soutien des cadres (80.6%) et les connaissances du rôle de cette profession (52%).

Une étude exploratoire qualitative de Laurie, McGee & Kaplan (2007) va plus loin en interviewant quatre responsables de services d'urgences différents de Washington. Il en est ressorti qu'un des facteurs contribuant à augmenter l'emploi des infirmières praticiennes est relatif à un changement législatif datant de 2005 dans l'état de Washington. Cette loi accorde aux infirmières praticiennes une autorité de prescription pour toutes les substances contrôlées, et ce, sans l'accord d'un médecin, ce qui rend les infirmières praticiennes de Washington complètement autonomes. Selon un responsable des urgences, il serait bien de former des infirmiers que les médecins connaissent déjà, car ce serait un bon moyen d'installer le rôle d'IP dans le système, surtout que les médecins seraient familiers et à l'aise avec les compétences de ces personnes.

L'étude suivante a été dans le même sens en cherchant à identifier les facilitateurs et les obstacles à l'introduction des IP du point de vue du personnel des urgences.

En effet, dans leur étude qualitative, Trasher & Purc-Stephenson (2007) ont relaté qu'il était plus facile d'intégrer des IP si le service d'urgence était affilié à un hôpital d'enseignement ou si la culture du service d'urgence était extrêmement collégiale, d'après les déclarations de 17 participants. Sept répondants ont indiqué que les médecins qui travaillaient pour un salaire fixe ont facilité l'intégration des IP.

20 répondants ont signalé que définir clairement le rôle des IP était essentiel pour une intégration réussie et qu'il était plus facile d'intégrer les IP dans un service d'urgence si le personnel avait de l'expérience avec cette profession. Une description écrite peut être utile à préparer le terrain pour la mise en œuvre du rôle mais il est important d'avoir des discussions durant le processus d'intégration. 15 répondants ont signalé que l'une des compétences les plus importantes pour les IP était de posséder une formation en médecine d'urgence. Ceci a contribué à accélérer le processus d'intégration.

6.2.3. Facteurs freinant leur intégration.

Noris & al. (2006) ont constaté deux éléments principaux freinant l'intégration des IP que sont les conflits interprofessionnels (ex : médecin vs. IP ; radiologue vs. IP ; infirmier vs. IP) et l'autonomie du rôle, étant donné qu'elles empiètent sur le rôle du médecin.

Laurie & al. (2007) amènent d'autres éléments qui peuvent contribuer à freiner l'intégration des IP. Tous les responsables ayant participé à l'étude ont rapporté que leur hôpital avait des contrats avec un groupe de médecins externes. La décision d'employer ou non des infirmières praticiennes était auparavant secondaire à cause de ces groupes. Les facteurs qui influencent ces groupes de médecins externes à employer ou non des infirmières praticiennes ne sont pas clairs aux yeux des responsables, bien qu'ils suspectent qu'il y ait plusieurs origines. Voici ce que rapportent les responsables :

-le fait d'avoir des infirmières praticiennes dans le cadre des urgences est en contradiction avec le modèle médical, mais ils pensent qu'une fois que les médecins auront travaillé avec, ça ira mieux.

-même si l'addition d'une infirmière praticienne dans l'équipe permettrait une accélération de la prise en charge, le directeur médical d'un des services d'urgences a évoqué la question des responsabilités au cas où il ne pourrait pas « observer » les infirmières praticiennes.

Pour finir, Trasher & Purc-Stephenson (2007) complètent les résultats précédents en décrivant que les médecins rémunérés sur un système de paiement par actes ont créé un obstacle aux IP, selon 17 répondants. L'un des obstacles à l'intégration des infirmières praticiennes a été associé à leur recrutement. 13 répondants ont observé que les IP n'étaient généralement pas au courant ou indifférentes à des postes qui s'offrent à elles aux urgences. 17 répondants ont indiqué que l'un des facteurs les plus importants associés à des efforts de recrutement infructueux des IP était qu'elles avaient une plus grande autonomie de travail dans la communauté que dans un service d'urgences.

6.3. Limites des résultats selon les auteurs

Les limites présentes dans les recherches que nous avons utilisées ont été catégorisées comme suit :

Les facteurs contextuels

Auteurs	Précisions
Considine & al. (2006)	La mise en place de l'IPSSPL était récente. L'IPSSPL devait discuter de chaque cas avec un médecin urgentiste.
Sakr & al. (2003)	Les chercheurs savaient d'où provenaient les résultats. Les internes pouvaient avoir de l'aide des médecins urgentistes tandis que les IPSSPL ne pouvaient pas.
Thrasher & Purc-Stephenson (2007)	Une seule zone géographique a été prise en compte.
Linden & al. (2009)	Les caractéristiques des patients étaient différentes. Les IP aidaient les autres infirmières à côté de l'étude et les assistants prenaient d'autres patients à côté.
Steiner & al. (2009)	L'IP se trouvait depuis peu dans le service (4 mois). Un seul service était pris en compte.
Thrasher & al. (2008)	Il y avait une différence dans le champ de pratique des IPSSPL entre les 6 hôpitaux. La préparation à la mise en place d'IPSSPL diffère entre les hôpitaux. Il y avait une différence de certification entre les IPSSPL.
Laurie & al. (2007)	Il n'a été pris en compte, qu'un seul état (Washington).

La taille d'échantillon

Steiner & al. (2007)	Une seule IP a été prise en compte.
Ducharme & al.	Six hôpitaux de tailles moyennes ont été utilisés, ce qui limite la

(2009)	généralisation.
Considine & al. (2006)	La taille d'échantillon des sous-groupes des IPSSPL était trop petite pour atteindre la puissance statistique. De plus il y avait des différences entre les groupes.
Steiner & al. (2009)	Une seule IP était présente lors de l'étude. La population de patients n'a pas été randomisée.
Thrasher & al. (2008)	Un petit échantillon (114 patients) a été utilisé.
Norris & Melby (2006)	La taille de l'échantillon des interviews (4 IP et 2 docteurs) et le fait qu'ils ont pu avoir des idées particulièrement marquées.
Laurie & al.	Petit échantillon (4 responsables de services d'urgences)
Sandhu & al.	Les données n'ont été collectées que dans un seul service d'urgences. Nombre de cliniciens faible (6 IPSSPL, 12 généralistes, 7 spécialistes et 10 internes)

La période d'étude et de la durée

Ducharme & al. (2009)	Les périodes de collecte de données étaient limitées à deux fois 14 jours ce qui limite la généralisation dans le temps.
Thrasher & Purc-Stephenson (2007)	Etude transversale, le personnel des urgences aurait dû être suivi dans le temps.
Mason & al. (2005)	L'outil « OSCE » demande du temps ce qui limite son utilisation.

Manque de ressources

Steiner & al. (2007)	Les fonds ont été fournis par « Medical Service Development and Innovation Fund » pour l'élaboration du programme de mise en œuvre des IP et non pour l'évaluation de la recherche. Le manque de ressource a limité la collecte de données.
Sakr & al. (2003)	Il manquait de la main d'œuvre pour faire des observations plus

	détaillées.
--	-------------

Qualité outils

Sakr & al. (2003)	Les coûts étaient dérivés et n'étaient pas obtenus par un calcul Bottom up.
Cooper & al. (2002)	La principale difficulté était que les patients refusaient de répondre ou de renvoyer le questionnaire. Par pudeur, les personnes ne demandent pas d'aide (lorsqu'ils en ont besoin) malgré cette possibilité.

7. Discussion

Ce chapitre est divisé en cinq parties. La première est une synthèse des résultats, la seconde est une critique des résultats obtenus, la troisième consiste à comparer les compétences de l'infirmière praticienne à celles de l'infirmière Bachelor, la quatrième comporte les limites et les points forts de notre revue de littérature et la dernière partie est la réponse à notre question de recherche.

7.1. Synthèse des résultats

En ce qui concerne la qualité des soins nous avons relevé les éléments suivants :

- Il n'y a pas de différence concernant les blessures manquées, la prise en charge insatisfaisante ou le temps de récupération pour les patients entre les IP et les internes. Les taux d'équivalences entre IP et médecins urgentistes étaient élevés, en ce qui concerne : la demande d'imagerie médicale justifiée, l'interprétation d'examen microbiologique, les soins de lacération et les maux de gorge.
- Les coûts semblent plus élevés concernant la prise en charge des patients par l'IP.
- Il semblerait que les résultats sur le temps d'attente soient équivalents ou meilleurs et que le débit des patients soit augmenté. La durée de traitement semble équivalente et la durée de séjour diminue tout comme le nombre de patients qui quittent les urgences sans traitement.
- Généralement, les patients préféreraient voir une IP par rapport à un interne et ils auraient eu une meilleure satisfaction, étant donné qu'elle passerait plus de

temps avec ces derniers pour qu'ils puissent s'exprimer. Elle donnerait de meilleures informations sur les accidents, leur maladie et leurs régimes thérapeutiques.

Concernant la formation et l'intégration des IPSSPL nous relevons les points suivants :

- D'après les infirmières et les médecins, l'IP devrait avoir au moins cinq ans d'expérience aux urgences avant d'entreprendre la formation d'IPSSPL et que son rôle devrait être essentiellement clinique. Les compétences de base évaluées par l'OSCE ont été jugées équivalentes aux internes. Les IP exprimeraient un besoin en formation continue sous la forme de journées théoriques et pratiques.
- Les facteurs favorisant l'introduction d'une IP sont le soutien des cadres, la connaissance du rôle et le fait que l'hôpital soit un établissement d'enseignement. Les freins proviendraient des conflits interprofessionnels, de l'autonomie de l'IP qui empièterait sur le rôle du médecin et de la difficulté à les recruter.

7.2. Critique des résultats

Pour réaliser la critique, nous nous sommes inspirés du livre de Loiselle & al. (2009b) et les avons classés comme suit.

7.2.1. Présentation

De manière générale, les articles avaient une structure scientifique, une bonne présentation comportant des graphiques qui facilitaient la compréhension en donnant des précisions.

7.2.2. Les articles dans leur ensemble

Un élément positif qui a facilité notre travail, est que l'ensemble des titres d'articles que nous avons utilisés rendait bien compte du contenu de ceux-ci.

Dans leur ensemble, les articles ont posé de façon précise les éléments qui leur ont fait choisir leur sujet. Pour cela, ils ont défini de manière précise la problématique à l'aide de la littérature existante. En général, les problématiques récurrentes étaient liées aux

différents temps passés aux urgences, aux types de populations qui les utilisent, à la pénurie de médecins, à la qualité des soins, à la satisfaction des patients et aux facteurs favorisant/ défavorisant l'emploi d'IP.

Le vocabulaire professionnel utilisé dans les études était majoritairement compréhensible et accessible à des personnes ayant des connaissances limitées en anglais. Cependant, certains articles, de par les tournures des phrases, compliquaient la compréhension. Un autre élément qui compliquait la compréhension fut l'utilisation de termes propres à chaque pays, voire régions, pour décrire le même type de professions.

Nous avons constaté que les traductions (anglais au français) du résumé de certains articles comportaient des erreurs d'orthographe et de syntaxe qui compliquaient la compréhension.

La plupart des articles étaient bien structurés. Cependant, dans certaines études la structure compliquait la compréhension. En particuliers en ce qui concerne la méthodologie où l'on retrouvait des éléments de celle-ci dans différentes parties du texte.

7.2.3. Méthodologie

Les différents types de devis que nous avons utilisés étaient généralement en concordance avec la question. En effet, les devis qualitatifs ont surtout été utilisés pour comprendre les éléments facilitateurs et les freins à l'emploi des IP, tandis que les devis quantitatifs ont surtout été utilisés pour mesurer les temps aux urgences, la satisfaction des patients, la qualité des interprétations de radiographie etc. De plus, certains articles avaient comme qualité de signaler le devis idéal qu'ils auraient souhaité, s'ils n'avaient pas eu des limitations de diverses origines.

La diversité des devis de recherche amène une vision plus globale et une richesse en information concernant notre sujet. Cependant, cela rend plus difficile la comparaison des résultats à la vue de leur nature diverse. En plus de la diversité de devis, la diversité des tailles d'échantillons ainsi que la situation géographique rendent la comparaison plus difficile.

Nombreux sont les articles qui nous informent que la généralisation de leurs résultats est limitée par les facteurs que nous avons expliqués à plusieurs reprises. Les résultats étant similaires, nous pensons que ceux-ci donnent toutefois des réponses solides.

Certains outils méthodologiques utilisés étaient nommés sans explication, ce qui nécessitait de bonnes connaissances méthodologiques.

Généralement, les auteurs qui comparaient les IP avec des internes ne précisait pas leurs années d'internat, ce qui constitue un biais pour la comparaison.

7.2.4. Ethique

Dans la majorité des articles, les considérations éthiques ont été nommées. La précision de ces explications variait d'un article à un autre. Dans l'ensemble, cela permettait de voir que les participants avaient été informés du but de la recherche, que leur consentement avait été obtenu et que les données récoltées avaient été anonymisées.

D'autre part, les auteurs n'ont jamais utilisé de propos sexistes ou racistes et ils n'ont pas porté de jugement envers les différentes ethnies et groupes culturels.

7.2.5. L'interprétation

Nous pensons que les auteurs sont restés neutres car nous n'avons pas constaté de distorsion ou de préjugé en lisant les articles. Toutefois, nous supposons que les professions diverses des chercheurs pourraient avoir influencé l'analyse des résultats de manière inconsciente par la diversité de la localisation des recherches, des systèmes de santé, des lois, des financements, des professions, etc., L'interprétation des résultats est compliquée.

La pondération des résultats dans nos articles sélectionnés était fréquente. Cela a donné un sentiment de qualité, d'autant plus que leurs explications semblaient cohérentes et se basaient sur des faits observés ou des recherches précédentes.

Nous sommes rassurés des résultats obtenus par la mise en commun des articles, car ceux-ci vont dans le même sens que ceux de la revue de littérature d'Alix, Carter, Alecs & Chochinov (2007).

7.3. Comparaison des compétences de l'infirmière praticienne à l'infirmière Bachelor

Etant donné que l'IP (niveau master) n'existe pas en Suisse, nous avons tenté de la comparer à l'infirmière Bachelor. Pour cela, nous avons utilisé le PEC 2006, les

définitions de l'IP et le document de la HES-SO sur les différences entre un bachelor et un master (annexe E) tout en faisant des hypothèses.

Les différences seront classées selon les 9 compétences du PEC 2006 de la HES-SO.

7.3.1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

L'infirmière Bachelor comme l'IP doit tenir compte du caractère unique du patient dans son offre en soins. Pour arriver à cela, une relation de qualité est nécessaire, ce qui aura une influence sur la satisfaction des patients. Plusieurs résultats de notre revue de littérature montrent que les patients étaient satisfaits par la relation avec une IP (Thrasher & Purc-Stephenson (2008)/Sandhu & al. (2009). Nous considérons que la différence entre l'IP et la praticienne, dans ce point, est principalement due au fait qu'elle doit prendre en compte de manière plus approfondie l'aspect médical, car elle applique des actes médico-délégués supplémentaires (en lien avec le point 4.1.2.2).

Selon la HES-SO (2006) et OIIQ & CMQ (2008), le jugement professionnel est un élément clef pour les deux types d'infirmières, car il permet d'analyser la situation, d'argumenter les décisions et de connaître ses limites. Selon nous, il n'y a pas de différence sur la qualité du jugement clinique mais une différence au niveau des limites du rôle.

L'IP étant une infirmière en pratique avancée elle a un rôle d'experte dans son domaine, réalisant un soutien aux infirmières « traditionnelle » (ex : infirmière Bachelor) dans des situations complexes selon AIIC (2008) et le CII (2008). L'IP a donc plus de connaissances, sur son domaine, pour proposer des interventions différenciées et créatives.

7.3.2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

La différence principale entre les deux professionnels concerne leur champ d'action plus vaste aux niveaux des actes médico-délégués. Cela est dû aux 5 compétences normalement médicales, que l'IP peut réaliser (point 4.1.2.2.).

Une différence supplémentaire réside dans l'organisation du travail de l'IP. En effet, son rayon d'autonomie supérieure lui permettrait de guider et d'organiser son travail de manière plus indépendante (OIIQ & CMQ, 2008).

7.3.3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

En comparant le référentiel de compétence de l'infirmière Bachelor (HES-SO, 2006) et la définition du rôle de l'IPSSPL (OIIQ & CMQ, 2008) nous ne constatons pas de différence, car cette compétence fait partie du rôle de toute infirmière.

7.3.4. Evaluer ses prestations professionnelles

Nous ne constatons pas de différence entre les deux professions, en nous basant sur le PEC 2006 de la HES-SO et la définition de l'IPSSPL (OIIQ & CMQ, 2008).

7.3.5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

Une différence existe entre ces deux professionnels, de par la spécificité des deux niveaux de formation. L'infirmière Bachelor, comme le dit son nom, est à un niveau de bachelor tandis que l'IP est à un niveau de master. En nous basant sur le rapport de Ledergerber, Mondoux & Sottas (2009) qui définit les différences entre ces deux titres, nous pouvons voir qu'au niveau du bachelor, l'infirmière s'appuie sur sa capacité à chercher de la littérature scientifique, tandis qu'au niveau Master, l'infirmière contribue à la réalisation de recherches scientifiques pour la pratique et peut aussi conseiller les infirmières Bachelor en matière de recherche.

7.3.6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

En nous référant à Ledergerber & al. (2009), au PEC 2006 de la HES-SO ainsi qu'à l'AIPSQ, nous constatons que la différence existante est liée à la formation. Une IP est spécialisée dans son domaine, elle a donc un rôle de conseillère pour les autres infirmières pouvant même aller jusqu'à de l'enseignement. Les infirmières Bachelor étant généralistes vont moins loin dans ce domaine.

7.3.7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

Nous avons pu constater que les deux types d'infirmières travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, tels que physiothérapeute, diététicien, psychologue, etc. Cependant, une différence existe dans le type de relation qu'ont ces deux infirmières avec ces professionnels. En effet, l'IP est autonome pour demander une consultation à ces derniers, sans devoir passer par le médecin, a contrario de l'infirmière Bachelor qui est dépendante des prescriptions médicales. (OIIQ & CMQ, 2008) (HES-SO, 2006).

7.3.8. Participer aux démarches qualité

La différence entre ces deux professionnels est que l'IP mène des projets pour l'amélioration des soins tandis que l'infirmière Bachelor y participe (HES-SO, 2006) (Ledergerber & al. 2009) (AIIC, 2008).

7.3.9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

OIIQ & CMQ (2008) définissent les cinq compétences supplémentaires de l'IP. Nous pensons qu'elles amènent une plus grande autonomie, car l'IP peut réaliser d'avantages d'actes médico-délégués, sans devoir attendre un ordre médical. Nous pensons que cela influence la manière d'organiser sa journée, puisqu'elle sera « plus libre ». Ces 5 compétences ne sont pas présentes chez l'infirmière Bachelor (HES-SO, 2006).

7.4. Points forts et limites de la revue de littérature

Les limites de notre bachelor thesis sont en premier lieu nos connaissances limitées en anglais, tout comme l'absence de littérature scientifique francophone. Par conséquent, le nombre d'article a été diminué et le temps que nous avons dû consacrer à la traduction a été important. Nous avons cherché à diminuer ce frein en nous arrangeant avec des proches, des connaissances et en allant jusqu'à payer les services d'un traducteur. Le temps à notre disposition, tout comme l'emploi du temps furent une difficulté supplémentaire. Cependant, l'utilisation d'un cadre strict avec des objectifs délimités dans le temps, ainsi qu'une organisation rigoureuse nous ont permis de respecter les délais. La majorité des articles sélectionnés proviennent de pays anglo-saxon, ce qui limite la généralisation. Nous avons eu de la peine à trouver des articles scientifiques au

sujet des coûts et nous avons vu que l'un des articles choisis était déjà présent dans la revue de littérature sélectionnée.

Nous tenions aussi à pondérer le point 7.2 pour les raisons suivantes :

- Il n'existe pas de recherche qui compare l'IP à une infirmière « traditionnelle ».
- Nous nous sommes basé sur l'infirmière praticienne canadienne, il est possible qu'elle ne représente pas la totalité des IP du monde.
- Nous nous sommes basés sur la formation de l'infirmière Bachelor suisse ce qui peut limiter la comparaison avec d'autres infirmières.

Une autre limite fut nos lacunes concernant les connaissances méthodologiques.

Le fait d'avoir fait notre travail à deux peut être considéré comme négatif, mais comporte certains avantages. Les éléments négatifs sont que les divergences de points de vue engendrent un délai plus long pour obtenir un compromis. Cependant, cela fut favorable, car la critique pouvait être plus pointue et enrichissante. Les discussions apportent plus d'objectivité dans l'élaboration de notre thèse.

Concernant les points forts, la possibilité de choisir notre sujet a généré de la motivation et notre intérêt. Cela a influencé de manière positive l'élaboration de ce travail, tout comme le fait que nous nous connaissons bien et que nous n'en étions pas à notre premier travail. En plus d'avoir été librement choisi, ce thème est d'actualité pour l'avenir des soins en Suisse. Etant un thème qui intéresse passablement de monde, des revues de littérature existent déjà sur ce sujet, ce qui permet une comparaison des résultats obtenus et la validation de notre revue. En dernier lieu, nous avons eu la chance d'avoir eu des directeurs de thèse disponibles et expérimentés.

7.5. Réponse aux questions de recherche

Compte tenu des résultats obtenus, nous pouvons confirmer que l'introduction d'une infirmière praticienne a un effet positif sur la qualité des soins fournis aux patients. Etant donné que la qualité des interprétations des examens était similaire à des internes, qu'elle aurait un effet positif sur le débit des patients ainsi que sur le nombre de patients quittant les urgences sans avoir été vus. Elle contribue entre autre à une plus grande satisfaction des patients de par leur relation, en leurs laissant plus de temps pour s'exprimer et en leurs donnant de meilleures informations.

Pour la question des compétences, nous constatons que l'infirmière Bachelor, de par son titre universitaire en soins généraux, a de bonnes bases de départ. Elle nécessiterait des ajouts de compétences dans certains domaines, en particuliers dans les actes médico-délégués.

8. Perspectives pour la pratique infirmière

Cette revue de littérature nous a permis de faire des hypothèses sur des pistes d'action qui pourraient être mises en place pour régler les problématiques. Ces pistes ainsi que nos questionnements sont nommés ci-dessous :

- Augmenter le nombre d'actes médico-délégués par des protocoles précis et bien délimités. Est-ce que les infirmières Bachelor le souhaiteraient ? Les autres professionnels serraient-ils d'accord ?
- Le fait d'ajouter uniquement des actes médico-délégués auprès de l'infirmière Bachelor suffirait-il à régler les problématiques présentes aux urgences ?
- Etant donné que le master existe en Suisse, ne serait-il pas un tremplin ou une base pour former « un genre » d'infirmière praticienne ? Les politiques, le corps médical, les infirmières, sont-ils prêt à cela ?
- Une infirmière praticienne est-elle vraiment nécessaire, étant donné que la majorité des cas sont de degré d'urgences 4 ou 5 ? L'infirmière Bachelor n'aurait-elle pas les compétences de les gérer de manière autonome, si elle pouvait pratiquer les cinq compétences supplémentaires de l'IP?
- La mise en place de polycliniques gérées par des infirmières expérimentées pourrait-elle être une piste pour les cas « non urgents » ?
- Quelle influence cela aurait sur les coûts en Suisse ? Ne risquons-nous pas d'être des « médecins au rabais » ?

9. Conclusion

L'infirmière praticienne pourrait être un début de solution pour les problématiques concernant la qualité des soins offerts aux patients. Etant donné que l'IP n'existe pas en Suisse, l'infirmière Bachelor pourrait être une bonne base de départ. En effet, elle possède de bonnes compétences concernant la prise en charge globale des patients mais elle nécessiterait des compléments de formations, en particulier dans les compétences

médico-délégués. De plus, la majorité des patients venant aux urgences ne sont pas « urgents », ce qui nous fait poser la question suivante : Est-ce que l'infirmière Bachelor ne suffirait pas ? Il est important de mentionner que l'emploi d'infirmières praticiennes ou d'infirmières Bachelor avec des compétences médico-déléguées supplémentaires, ne serait pas un remplacement aux médecins et que ce n'est pas le but de notre revue de littérature. Nous avons cherché à maximiser les compétences de chacun pour que la collaboration soit plus fructueuse à la qualité des soins offerts aux patients. Les prochaines études devraient chercher à comparer les infirmières de type Bachelor aux IP. Il serait intéressant de voir si les urgences ainsi que les politiques ressentent un besoin pour ce rôle et y seraient favorables.

Biobibliographie

Articles de revue de littérature :

Alix, J.E. Carter, MD. Alecs, H. & Chochinov, MD. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Canadian journal of emergency medical care*, 9(4),286-295.

Brebner, J.A. Ruddick-Bracken, H. Norman, J.N & Page J.G. (1996). The nurse practitioner: management of minor trauma. *Accident and Emergency Nursing*, 4, 43-46.

Considine, J. Martin, R. Smit, D. Winter, C. & Jenkins, J. (2006). Emergency nurse practitioner care and flow: Case-control study. *Emergency Medicine Australia*, 18, 385-390.

Cooper, A. Lindsay, G. Kinn, S. & Swann I. (2002). Evaluating Emergency Nurse Practitioner services: a randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 721-730.

Ducharme, J. Alder, R. Pelletier, C. Murray, D. & Tepper, J. (2009). The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 5, 455-461.

Laurie, A., McGee, M. N., & Kaplan, L. (2007). Factors Influencing the Decision to Use Nurse Practitioners in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 33, 441-446.

- Linden, C. Reijnen, R. & Vos R. (2009). DIAGNOSTIC ACCURACY OF EMERGENCY NURSE PRACTITIONERS VERSUS PHYSICIANS RELATED TO MINOR ILLNESSES AND INJURIES. *Emergency Nurses Association*, 36, 311-316.
- Mason, S. Fletcher, A. McCormick, S. Perrin, J & Rigby, A. (2005). Developing assessment of Emergency Nurse Practitioner competence – a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 425-432.
- Norris, T. & Melby, V. (2006). The Acute Care Nurse Practitioner: challenging existing boundaries of emergency nurses in the United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 253-263.
- Sakr, M. Kendall, R. Angus, J. Saunders, A. Nicholl, J. & Wardrope, J. (2003). Emergency nurse practitioners: a three part study in clinical and cost effectiveness. *Emergency Medicine Journal*, 20, 158–163.
- Sandhu, H. Dale, J. Stallard, N. Crouch, R. & Glucksman, E. (2009). Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an emergency department: a comparison of communication skills and satisfaction. *Emergency Medicine Journal*, 26, 400-404.
- Steiner, I. Blitz, S. Nichols, D. Harley, D. Sharma, L. (2007). Introducing a nurse practitioner into an urban Canadian emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 10(4), 355-363.
- Steiner, I. Nichols, D. Blitz, S. Tapper, L. Stagg, A. Sharma, L. & Policicchio, C. (2009). Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. *Journal canadien de soins médicaux*, 11, 207–214.
- Thrasher, C. & Purc-Stephenson, R. (2007). Integrating nurse practitioners into Canadian emergency departments: a qualitative study of barriers and recommendations. *Journal canadien de soins médicaux d'urgence*, 9, 275-81.
- Thrasher, C. & Purc-Stephenson, R. (2008). Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 231-237.

Ouvrages :

Loiselle, C.G. Profetto-McGrath, J. Polit, D.F. & Beck, C.T. (2007a). Chapitre 7 : Trouver de la documentation et en faire l'analyse. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (pp.137-157). Québec : EPRI.

Loiselle, C.G. Profetto-McGrath, J. Polit, D.F. & Beck, C.T. (2007b). Chapitre 17 : Faire la critique d'un rapport de recherche. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (pp.432-456). Québec : EPRI.

Articles :

Auffray, J.P. & Vig, V. (2008). La régulation des filières de soins. *Urgences pratiques*, 91, 41-42.

Bellini, C. & Zaugg, J. (2002). SOS, les urgences débordent ! *L'hebdo*, 19, 56-65.

Costa, G. (2010). A chacun son degré d'urgence. *Pulsations*, Déc /Jan, 12.

Fournier, S., Gaillard, T., Joliat, G. R., Pittier, R. & Sarraj, R. (2010). L'attente aux urgences : causes, conséquences et solutions. *PrimaryCare*, 2, 33.

Hugli, O. W., Potin, M., Schreyer, N. & Yersin, B. (2006). Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? *Revue Médicale Suisse*, 75, 1836-1839.

Matzinger, C. & Bornet, F. (2010). Urgences ? veuillez patienter s'il vous plaît. *CHUV Magazine*, printemps, 20-21.

Pécoud, A. (2006). De la pléthore à la pénurie de médecins : tentative de comprendre... *Revue Médicale Suisse*, 89, 2720-2722.

Revilla, A., Taboulet, P., Raffort, N. & Plaisance, P. (2008). La satisfaction globale des patients aux urgences est-elle comparable à celles des soignants ? *Urgence pratique*, 90, 5-8.

Sites internet

Hôpital fribourgeois. (02.03.2011). *Urgences*. [Page WEB]. Accès: <http://www.fr.ch/hfr/fr/pub/prestations/specialites/urgences.htm> [Page consultée le 24 mars 2011]

INFIRMIERE-SUISSE.COM (2011). *Certificat de Clinicien*. [Page WEB]. <http://www.infirmiere-suisse.com/node/53> [Page consulté le 23 mai 2012].

L'Association des Infirmières Praticiennes Spécialisées du Québec. (s.d) *Qu'est-ce qu'une IPS?*. [Page WEB]. Accès : <http://www.aipsq.com/infos/quest-ce-quune-ips.php> [Page consulté le 23 mai 2012].

Divers

Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Paris : Éditions OCDE.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). La pratique infirmière avancée Un cadre national. Ottawa : association des infirmières et infirmiers du Canada

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. & Collège des Médecins du Québec. (2008) SOINS DE PREMIERE LIGNE étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. & Collège des Médecins du Québec

Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (2006). Plan d'étude cadre Bachelor 2006 Filière de formation Soins infirmiers. [Rapport]. Suisse : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

Ledergerber, C. Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES*. [Rapport final]. Suisse : Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses.

Mémoire de diplôme :

Geinoz, E. (2011). Un aspect du rôle infirmier autonome dans un service d'urgences somatiques. Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers, Haute Ecole de Santé de Fribourg.

Annexe A : Déclaration d'authenticité

Nous déclarons par cette présente déclaration, avoir fait le travail de Bachelor, nous-mêmes en ayant respecté les critères d'élaboration. Toutes informations prises auprès d'autres auteurs ont été citées en respectant les normes bibliographiques du livret « Guide de présentation des travaux et des références bibliographiques » écrit par la Haute Ecole de Santé de Fribourg (2008).

Kiesler Jonathan

Paréjas Arnaud

Annexe B : Les activités médicales de l’infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

3

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

En plus des activités propres à la profession d’infirmière, l’infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne pourra exercer cinq activités médicales en vertu de l'article 36.1 de la LII, à condition d'obtenir un certificat de spécialiste délivré par l'OLIQ et d'y être habilitée par le CMQ.

Selon l'article 36.1, les activités médicales consistent à :

1. Prescrire des examens diagnostiques.
2. Utiliser des techniques diagnostiques invasives³ ou présentant des risques de préjudice.
3. Prescrire des médicaments et d'autres substances.
4. Prescrire des traitements médicaux.
5. Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire des interventions qu'une infirmière ou une infirmière auxiliaire devra pratiquer. Si elle rédige une telle ordonnance, l'IPS en soins de première ligne doit demeurer disponible pour répondre aux demandes de ces personnes ou leur apporter des précisions.

23

Prescription d'examens diagnostiques

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire ou procéder aux examens diagnostiques nécessaires à l'évaluation et au suivi du patient afin :

- de confirmer la présence d'un problème de santé courant ou d'une blessure, d'après les antécédents médicaux du patient ou les signes physiques ;
- d'exclure un éventuel problème de santé chronique qui, s'il s'avérait, l'obligerait à faire intervenir un médecin ;
- d'évaluer ou de suivre un patient atteint d'une maladie chronique stable ;
- de procéder aux divers dépistages ;
- de suivre un patient souffrant d'une maladie déjà diagnostiquée ;
- de confirmer des symptômes de diminution ou d'augmentation des fonctions d'un organe vital.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut prescrire les examens radiologiques indiqués au tableau 1.1, les examens échographiques précisés au tableau 1.2, d'autres tests diagnostiques énumérés au tableau 1.3 et les analyses de laboratoire mentionnées au tableau 1.4. Ces listes découlent de la réglementation en vigueur.

3. Le législateur utilise le terme « invasif », mais comme il s'agit d'un anglicisme, il sera remplacé par « effractif » dans tout le document.

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Les examens radiologiques, les examens échographiques et les analyses de laboratoire qui ne figurent pas dans ces tableaux doivent être prescrits par un médecin.

Le pouvoir de prescrire des examens radiologiques n'autorise pas l'IPS à utiliser un équipement de radiologie. De même, l'interprétation finale des examens radiologiques, des examens échographiques et de l'électrocardiogramme est la responsabilité d'un médecin.

24

Tableau 1.1	Examens radiologiques
<p>Tête et cou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os propre du nez • Mandibule <p>Thorax</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poumons • Thorax (gril costal) <p>Colonne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonne cervicale • Colonne dorsale • Colonne lombo-sacrée <p>Membres supérieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Omoplate • Épaule • Clavicule • Humérus • Coude • Avant-bras • Poignet • Main • Doigts 	<p>Membres inférieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hanche • Fémur • Genou et rotule • Jambe • Cheville • Pied • Orteils <p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen <p>Divers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mammographie • Ostéodensitométrie



Tableau 1.2

Examens échographiques**Sein (thorax)**

- Échographie du sein par suite d'une mammographie de dépistage anormale

Abdomen

- Échographie abdominale
- Échographie pelvienne

Obstétrique

- Échographie obstétricale

Organes génitaux

- Échographie du scrotum

Échographie de surface

- Système veineux périphérique

Tableau 1.3

Autres tests diagnostiques

- Électrocardiogramme au repos
- Tests de fonction pulmonaire (spirométrie, débit expiratoire de pointe, volume expiratoire maximal par seconde - VEMS)
- Monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)

25

Tableau 1.4

Analyses de laboratoire**Microbiologie****a) État frais vaginal****b) Culture**

- Expectations
- Gorge
- Urine
- Cervicale
- Urétrale
- Selles
- Écoulement purulent

c) Prélèvement pour recherche virale

- Influenza
- Herpès simplex
- Rotavirus
- Virus respiratoire syncytial

d) Recherche

- Toxine de *C. difficile*
- Bacille de Koch dans les expectations
- Oxyures
- Parasites dans les selles

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

26

a) Sérologie

- Hépatites A, B et C
- Test tréponémique et test non tréponémique
- VIH
- Herpès et chlamydia par méthode d'immunofluorescence
- Protéine C réactive, sauf l'ultra-sensible
- Monotest

Biochimie/Sang

- Amylase
- Bilirubine, directe et totale
- Chlorures
- Créatine-phosphokinase (CPK)
- Créatinine
- Dosage du phénobarbital, du lithium, de la carbamazépine, de la théophylline, de la digoxine, du dilantin, de l'acide valproïque
- Dosages hormonaux :
Hormone folliculo-stimulante (FSH)
Hormone lutéinisante (LH)
Hormone thyroïdienne (TSH)
- Dosages de vitamines :
Vitamine B12
Acide folique
- Gamma-glutamyl-transférase (GGT)
- Glycémie
- Hyperglycémie orale provoquée
- Hémoglobine glyquée (HbA1c)
- Capacité de fixation du fer
- Fer, ferritine
- Test de tolérance au lactose

- Plombémie
- Lipase
- Bilan lipidique
- Gaz artériel et capillaire
- Phosphatase alcaline
- Phosphore
- Électrolytes
- Protéine totale
- Préalbumine et albumine
- Transaminase
- Acide urique
- Test à la sueur
- Dépistage : drogues de rue, drogues du viol et alcool
- Sang occulte dans les selles
- BhOG (qualitatif)

Biochimie/Urine

- Analyse d'urine
- Microalbuminurie sur miction ou sur urine des 24 heures
- Test de grossesse
- Clairance de la créatinine des 24 heures
- Drogues de rue et drogues du viol
- Recherche par technique enzymatique :
- Chlamydia
- Gonorrhée

Cytologie

- Frottis cervico-vaginal
- Spermogramme
- Recherche de spermatozoïdes dans le liquide vaginal ou après vasectomie

Hématologie

- Formule sanguine
- Coagulogramme
- Temps de prothrombine (PT – RNI)
- Temps de céphaline activée (Tca ou PTTA)
- Numération des réticulocytes
- Vitesse de sédimentation
- Détermination du groupe sanguin (épreuve de compatibilité croisée)

Dépistage anténatal

- Anticorps anticytomégalovirus
- Anticorps de la toxoplasmose
- Parvovirus B-19
- Anticorps antirubéole
- Anticorps antivaricelle
- Alfa-fœtoprotéine, estradiol

Utilisation de techniques diagnostiques effractives ou présentant des risques de préjudice

27

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire ou pratiquer des techniques effractives énumérées dans le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* lorsqu'elle le juge nécessaire à l'évaluation du patient.

L'IPS en soins de première ligne peut utiliser les techniques effractives suivantes à des fins diagnostiques :

- examen pelvien ;
- toucher rectal ;
- frottis cervico-vaginal ;
- ponction artérielle radiale.

Prescription de médicaments ou d'autres substances

Prescription et ajustement

L'IPS en soins de première ligne rédige les ordonnances conformément aux dispositions du *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin* du Collège des médecins du Québec. Elle prescrit ou cesse des médicaments pour traiter des problèmes de santé courants

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

inscrits au *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Elle ajuste et renouvelle certains médicaments inscrits au règlement pour les patients qui présentent des maladies chroniques stables dans le cadre du suivi conjoint qu'elle assure avec le médecin. L'ajustement des médicaments doit être conforme à celui qui a été prévu dans le plan de traitement médical déterminé par le médecin. Quant aux médicaments, ils peuvent être renouvelés pour une durée maximale de six mois et selon la prescription initiale du médecin partenaire. Si l'état de santé du patient se maintient, l'IPS peut renouveler le médicament de six mois en six mois.

Administration et surveillance clinique

- L'IPS en soins de première ligne complète la préparation du médicament, au besoin, l'administre et l'indique au dossier.
- Elle exerce une surveillance clinique des personnes qui prennent des médicaments en collaboration avec le médecin partenaire.
- Elle participe à l'enseignement donné au patient et à sa famille, à cet égard.
- Elle doit être en mesure de reconnaître les interactions médicamenteuses.
- Elle doit être en mesure de déceler, prévenir, traiter et documenter les effets indésirables des médicaments.

Exceptionnellement, en situation d'urgence relative, l'IPS peut décider de modifier la médication prescrite par un médecin autre que son médecin partenaire. Toutefois, elle doit communiquer avec ce médecin afin d'en discuter et de favoriser la communication, la collaboration et le respect entre professionnels de la santé. Dans l'impossibilité de le joindre, elle demande l'intervention de son médecin partenaire.

Liste des classes de médicaments réglementés

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne prescrit des médicaments ou d'autres substances inscrits à l'annexe II du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*. Ces substances et médicaments sont énumérés au tableau 2.1, selon la codification indiquée à la page 27, qui précise les conditions et modalités prévues.

Pour qu'une IPS en soins de première ligne puisse prescrire, renouveler ou ajuster des médicaments nouvellement mis en marché ou inscrits à la Liste de médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments, il faut au préalable que l'annexe II du *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes*

autres que des médecins soit modifiée, sauf si l'IPS est déjà autorisée à prescrire tous les médicaments compris dans la classe ou la sous-classe en cause.

Cette liste est fondée sur la classification utilisée par la RAMQ pour établir la Liste de médicaments couverts par le régime général.

Codification

- P** Peut être prescrit, renouvelé ou cessé, sauf s'il y a une limite indiquée.
- R** Peut être prescrit selon la posologie originale pour maintenir le traitement, pourvu que le médicament en question ait déjà été prescrit pour le patient par le médecin partenaire (renouvellement). Durée maximale de six mois et répété si l'état de santé du patient est stable.
- A** Peut être prescrit pour ajustement de la posologie, pourvu que le médicament en question ait déjà été prescrit pour le patient par le médecin partenaire et que ce dernier ait établi un plan de traitement médical (dans le cadre du suivi conjoint).

29

À titre d'exemple, l'IPS en soins de première ligne peut prescrire, dans la classe des **anti-infectieux (8:00)**, les antiviraux des subdivisions 8:18.04 (adamantanes) et 8:18.32 (analogues des nucléosides et des nucléotides) pour une durée maximale de sept jours. Elle ne pourra ni prescrire, ni renouveler, ni ajuster les antirétroviraux (subdivision 8:18.08).

Comme autre exemple, dans la subdivision 56:28.12 des antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine, de la classe **56:00 des médicaments gastro-intestinaux**, elle pourra renouveler la famotidine et la ranitidine, mais pas la cimétidine ; elle ne pourra prescrire de novo ni ajuster aucun de ces médicaments.

L'IPS en soins de première ligne peut seulement prescrire la ciprofloxacine et la norfloxacine de la subdivision 8:12.18 quinolones, dans la sous-classe **8:18 antibactériens** de la classe **8:00 des anti-infectieux**. Elle ne pourra ni prescrire, ni renouveler, ni ajuster la levofloxacine, l'ofloxacine ou la moxifloxacine. En ce qui concerne les **progestatifs** de la sous-classe **68:32**, l'IPS en soins de première ligne ne peut que les renouveler, sauf la méthoxyprogesterone qu'elle peut prescrire sous forme injectable (Depo-Provera®), à des fins contraceptives.

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Sauf exception, les médicaments en vente libre (annexes II et III du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments*) ne figurent pas dans le tableau 2.1, puisqu'ils n'exigent pas d'ordonnance. Toute infirmière qui recommande un médicament en vente libre est responsable de sa décision.

30

Tableau 2.1 Liste des classes de médicaments que l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peut prescrire avec ou sans restrictions

		Codification
4:00	Antihistaminiques	P
8:00	Anti-infectieux	
8:08	Mé bendazole	P (per os seulement)
8:12.04	Nystatine	P (per os seulement)
8:12.06	Céphalosporines	P (per os seulement)
8:12.12	Macrolides	P (per os seulement)
8:12.16	Pénicillines	P (per os seulement)
8:12.18	Ciprofloxacine	P (per os seulement) (5 jours ou moins)
	Norfloxacine	P (per os seulement) (5 jours ou moins)
8:12.20	Sulfamidés	R (per os seulement)
	Triméthoprime/Sulfaméthoxazole	P (per os seulement)
8:12.24	Tétracyclines	P (per os seulement)
8:12.28	Autres antibactériens	
	Clindamycine	P (per os seulement)
	Érythromycine/Acétysulfisoxazole	P (per os seulement) (pédiatrie seulement)
8:14.08	Fluconazole (unidose)	P (per os seulement)
8:16.04	Antituberculeux	R (per os seulement)
8:18.04	Adamantanes	P (per os seulement) (7 jours ou moins)
8:18.32	Analogues des nucléosides et des nucléotides	P (per os seulement) (7 jours ou moins)
8:30.08	Antipaludéens	P (per os seulement)
8:30.92	Métronidazole	P (per os seulement)
8:36	Anti-infectieux urinaires	P (per os seulement)

10:00	Antinéoplasiques	
	Méthotrexate comme antirhumatismal	R
	Tamoxifène	R
12:00	Médicaments du système nerveux autonome	
12:08.04	Antiparkinsoniens	R
12:08.08	Ipratropium (bromure de)	R (aérosol)
12:12.08	Agonistes bêta-adrénergiques	
	Formotérol	R
	Salbutamol (sulfate de)	P (14 jours ou moins pour un traitement) et R
	Salmétérol	R
	Terbutaline	R
12:12.12	Agonistes alpha et bêta-adrénergiques	
	Épinéphrine (chlorhydrate d')	P (en situation d'urgence)
	Épinéphrine	R (app. auto-injecteur)
12:16	Sympatholytiques	R
12:92	Nicotine	P
20:00	Médicaments du sang	
20:04.04	Préparations de fer	P (per os seulement)
20:12.04	Anticoagulants	R et A (per os seulement)
24:00	Médicaments cardiovasculaires	
24:04.08	Cardiotoniques	R
24:06.04	Sequestrants de l'acide biliaire	R
24:06.06	Fibrates	R
24:06.08	Inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase	R et A
24:06.92	Niacine	R
24:08.16	Agonistes alpha-adrénergiques	R et A
24:08.20	Vasodilatateurs à action directe	R et A
24:12.08	Nitrates et nitrites	R
24:12.92	Divers vasodilatateurs	R
24:20	Bloquants alpha-adrénergiques	R et A
24:24	Bloquants bêta-adrénergiques	R et A
24:28.08	Dihydropyridines	R et A
24:28.92	Divers bloquants du canal calcique	R et A
24:32.04	Inh. enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)	R et A
24:32.08	Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	R et A

31

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE
L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE
EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

32

28:00	Médicaments du système nerveux central	
28:08.04	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	P (14 jours ou moins)
	Sauf : inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2	
28:08.08	Codéine	P (12 comprimés seulement)
28:08.92	Acétaminophène	P
28:12.04	Phénobarbital	R (épilepsie)
28:12.08	Benzodiazépines (Clobazam et Clonazépam)	R (épilepsie)
28:12.12	Hydantoïnes	R
28:12.92	Divers anticonvulsivants	R
28:24.08	Benzodiazépines	R
	Lorazépam	P (12 comprimés seulement)
28:24.92	Hydroxyzine (Chlorhydrate d')	P
28:28	Lithium	R
28:92	Médicaments S.N.C. divers	R
36:00	Agents diagnostiques	
36:26	Diabète sucré	
	Réactif quantitatif des cétones dans le sang	P
	Réactif quantitatif du glucose dans le sang	P
36:88	Analyse d'urine et de selles	P
40:00	Électrolytes-diurétiques	
40:12	Agents de suppléance	P
40:28	Diurétiques	R et A
40:28.16	Diurétiques épargneurs de potassium	R
40:36	Solution d'irrigation	P
48:00	Antitussifs, expectorants et agents mucolytiques	
48:10	Anti-inflammatoires	R et A
48:10.24	Antagonistes des récepteurs des leucotriènes	R et A
48:10.32	Stabilisants mastocytaires	R et A
48:24	Agents mucolytiques	R
52:00	Médicaments O.R.L.O.	
52:02	Anti-allergiques O.R.L.O.	
	Cromoglicate sodique	P
52:04.04	Antibiotiques	P
	Sauf : Chloramphénicol	
	Gentamicine	
	Tobramycine	

52:08.08	Corticostéroïdes O.R.L.O. Sauf : pommade, solution et suspension ophtalmiques	P
52:16	Anesthésiques locaux	P
52:92	Autres médicaments O.R.L.O. Ipratropium (bromure d')	P
	Sodium (chlorure de)	P
56:00	Médicaments gastro-intestinaux	
56:16	Digestifs Lactase	P
56:22.92	Autres antiémétiques Doxylamine/Pyridoxine	P
56:28.12	Antagonistes des récepteurs H ₂ de l'histamine Famotidine	R
	Ranitidine	R
56:28.28	Prostaglandines Misoprostol	R
56:28.32	Cytoprotecteurs gastro-duodénaux Sucralfate	P (pour allaitement seulement)
56:28.36	Inhibiteurs de la pompe à protons Esomeprazole	R
	Omeprazole	R
	Pantoprazole sodique	R
56:32	Procinétiques Dompéridone	R
68:00	Hormones et substituts	
68:04	Corticostéroïdes	P (aérosol seulement) (14 jours ou moins)
68:12	Anovulants	P
68:16.04	Estrogènes	R et A
68:16.12	Agonistes et antagonistes des estrogènes	R
68:20.02	Inhibiteurs des alpha-glucosidases	R et A
68:20.04	Biguanides	R et A
68:20.08	Insulines	R et A
68:20.20	Sulfonylurées Sauf : Chlorpropamide	R et A

33

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE
L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE
EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

34

68:22.12	Glycogénolytiques	R
68:24	Parathyroïdiens	R
68:32	Progestatifs	R et A
	Sauf : Médroxyprogestérone (acétate de) Depo-Provera	P (injectable)
68:36.04	Thyroïdiens	R et A
	Sauf : Liothyronine sodique	
84:00	Peau et muqueuses	
84:04.04	Antibactériens	P
84:04.08	Antifongiques	P (14 jours ou moins)
84:04.12	Scabicides et pédiculicides	P
84:04.92	Autres anti-infectieux locaux	P
84:06	Anti-inflammatoires	P (puissance moyenne et faible)
84:28	Kératolytiques	P
84:32	Kératoplastiques	R
84:92	Peau et muqueuses, divers, sauf : Fluorouracile	P
86:00	Spasmolytiques	
86:12	Génito-urinaires	R
86:16	Respiratoires	
	Aminophylline	R
	Théophylline	R
88:00	Vitamines	
88:08	Vitamines B	P (per os seulement)
	Sauf : cyanocobalamine	R (y compris injectable)
88:16	Vitamines D	P (per os seulement)
88:28	Multivitamines A, C et D	P (per os seulement)
92:00	Autres médicaments	
92:00.02	Autres divers	
	Alendronate monosodique	R
	Alfuzosine	R
	Allopurinol	R
	Étidronate disodique/calcium	R
	Finastéride	R
	Risédronate sodique	R
	Tamsulosine	R
	Térazosine	R

Anesthésique local/topique	
• Lidocaïne-prilocaine topique	P (timbre, pommade)
• Chlorhydrate de lidocaïne avec ou sans épinéphrine parentérale	P (infiltration locale)
• Chlorhydrate de tétracaïne	P (solution ophtalmique)
Solutions intraveineuses	P

Médicaments d'exception		
	Nom générique	Codification
1.	Hydroxyde d'aluminium	P
2.	Bisacodyl	P
3.	Capsaïcine	P
4.	Donépézil	R
5.	Estradiol	R et A (timbre cutané)
6.	Galantamine	R
7.	Gliclazide	R et A
8.	Glinépiride	R et A
9.	Huile minérale	P
10.	Magnésium (hydroxyde de)	P
11.	Mémantine	R
12.	Métronidazole	P (gel vaginal)
13.	Pansement à filot central	P
14.	Pansement alginate	P
15.	Pansement charbon activé	P
16.	Pansement chlorure de sodium	P
17.	Pansement d'argent	P
18.	Pansement hydrocolloïde	P
19.	Pansement hydrofibre	P
20.	Pansement interface	P
21.	Pansement iode	P
22.	Pansement mousse hydrophile	P
23.	Pansement multicouche	P
24.	Phosphate monobasique de sodium/ Phosphate dibasique de sodium	P
25.	Pioglitazone	R et A
26.	Progestérone micronisée	R
27.	Réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang	P

35

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

	Nom générique	Codification
28.	Repaglinide	R et A
29.	Rivastigmine	R
30.	Rosiglitazone	R et A
31.	Salmétérol/Fluticasone	R
32.	Sennosides A et B	P
33.	Toltérodine	R
34.	Trétinoïne	P

Prescription des traitements médicaux

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire, appliquer, ajuster ou cesser certains traitements médicaux selon la réglementation en vigueur. Elle exerce la surveillance nécessaire post-traitement, décèle précocement les complications, les gère et en assure le suivi.

36

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire les traitements médicaux suivants énumérés dans le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* :

- cryothérapie, sauf sur le visage et les organes génitaux internes ;
- irrigation oculaire ;
- coloration à la fluorescéine ;
- lavage d'oreilles ;
- oxygénothérapie ;
- accès veineux périphérique ;
- lavement évacuant ;
- cathétérisme vésical ;
- tube nasogastrique.

Utilisation des techniques ou application de traitements médicaux effractifs ou présentant des risques de préjudice

L'IPS en soins de première ligne peut prescrire ou pratiquer des techniques effractives énumérées dans le *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* lorsqu'elle le juge nécessaire au traitement du patient.

L'IPS en soins de première ligne peut utiliser les techniques effractives suivantes à des fins thérapeutiques :

- suturer une plaie au-dessus du fascia, sauf en présence de lésions sous-jacentes ;
- inciser et drainer un abcès au-dessus du fascia ;
- installer une canule œsophago-trachéale à double voie.

Soigner et suturer une plaie

Pour soigner une plaie sous le derme ou sous la surface d'une muqueuse, l'IPS en soins de première ligne peut, en respectant les principes de prévention des infections, pratiquer les interventions suivantes :

- nettoyer, tremper, irriguer, explorer à la sonde, débrider, tamponner et panser ;
- choisir et utiliser les différentes méthodes de suture en fonction de leurs avantages, de leurs désavantages et de leurs indications particulières ;
- suturer au-dessus du fascia, sauf en présence de lésions sous-jacentes.

37

L'IPS en soins de première ligne décide s'il est nécessaire de suturer une plaie et, dans ce cas, choisit le matériel approprié et procède à l'anesthésie locale (infiltration locale, bloc digital) en utilisant un médicament de la liste des classes de médicaments établie par le règlement du CMQ et reproduite au tableau 2.1.

Inciser et drainer un abcès

En respectant les principes de prévention des infections, pour inciser et drainer un abcès au-dessus du fascia, l'IPS en soins de première ligne peut pratiquer les interventions suivantes :

- choisir et administrer les sédatifs/hypnotiques, les anxiolytiques et les analgésiques nécessaires ;
- procéder à l'anesthésie locale (infiltration, bloc) en utilisant un médicament de la liste des classes de médicaments établie par le règlement du CMQ et reproduite au tableau 2.1 ;
- lorsque cela est indiqué, procéder à l'aspiration par aiguille à des fins diagnostiques ;
- procéder à l'incision et au drainage en tenant compte du type d'abcès, de son emplacement, des précautions à prendre et des considérations particulières ;
- irriguer la plaie ;
- explorer la cavité à l'aide d'instruments appropriés ;
- insérer une mèche ou un drain, au besoin ;
- faire les pansements requis ;

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

- choisir et administrer les traitements ;
- choisir et administrer la prophylaxie antimicrobienne, au besoin.

Installer une canule œsophago-trachéale à double voie

Pour procéder à l'installation d'une canule œsophago-trachéale à double voie (CODV), l'IPS en soins de première ligne peut réaliser les interventions suivantes :

- évaluer l'état d'un patient qui a une atteinte réelle ou potentielle de la fonction respiratoire ;
 - déterminer si l'installation d'une CODV est nécessaire ;
 - évaluer quel type de CODV doit être installé en fonction de la taille du patient ;
 - procéder à l'insertion ou au retrait sécuritaire de la CODV, selon la technique recommandée ;
 - vérifier la position de la CODV (à l'aide d'un capteur de CO₂ ou d'un vérificateur de position œsophagienne, etc.) ;
 - ventiler le patient à l'aide de la CODV en position œsophagienne ;
- 38**
- s'assurer de l'efficacité de la ventilation ;
 - amorcer la médication d'urgence adaptée à la situation du patient ;
 - maintenir les manœuvres d'urgence jusqu'à la stabilisation du patient ou jusqu'à son transfert.

Exemples d'activités réservées que le médecin de famille et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peuvent partager ou non

Tableau 3.1 Exemples d'activités réservées que le médecin de famille (MF) et l'IPS en soins de première ligne peuvent partager ou non		
Les activités partageables peuvent être exercées à des degrés divers selon la formation et les domaines de compétence respectifs		
Activité/Acte, geste, intervention	MF	IPS
1. Évaluation de l'état de santé		
• Anamnèse	•	•
• Examen physique	•	•

Activité/Acte, geste, intervention	MF	IPS
2. Prévention de la maladie		
• Examen périodique	•	•
• Prévention primaire	•	•
• Prévention secondaire	•	•
• Prévention tertiaire	•	•
3. Promotion de la santé		
• Counseling sur les habitudes de vie	•	•
• Déterminants de la santé	•	•
4. Éducation et autosoins		
• Éducation à la santé	•	•
• Conseils téléphoniques	•	•
5. Évaluation et traitement des problèmes de santé courants et des traumatismes		
• Problèmes de santé courants et ponctuels	•	•
• Traumatismes aigus mineurs	•	•
• Problèmes de santé aigus complexes	•	
• Traumatismes aigus complexes	•	
6. Évaluation et traitement des maladies chroniques		
• Diagnostic et plan de traitement médical	•	
• Ajustement du traitement en cas de conditions instables	•	
• Suivi des maladies chroniques stables	•	•
7. Soins de santé en planification des naissances et périnatalité		
• Counseling en contraception	•	•
• Dépistage et traitement des ITSS	•	•
• Counseling en cas de grossesse non planifiée	•	•
• Counseling en dépistage prénatal	•	•
• Suivi prénatal conjoint d'une grossesse normale jusqu'à 32 semaines	•	•
• Suivi prénatal à partir de 33 semaines	•	
• Travail et accouchement	•	
• Soins du post-partum immédiat	•	
• Soins immédiats au nouveau-né	•	
• Suivi postnatal de la mère et du nourrisson	•	•

39

LES ACTIVITÉS MÉDICALES DE
L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE
EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE




40

Activité/Acte, geste, intervention	MF	IPS
8. Soins palliatifs		
• Visite à domicile	•	•
• Soutien individuel et familial	•	•
• Traitement initial	•	
• Ajustement du plan de traitement médical lors de conditions de santé instables	•	
• Suivi des conditions stables	•	•
9. Santé mentale		
• Gestion du stress	•	•
• Adaptation à la maladie	•	•
• Problème psychiatrique aigu : - diagnostic et plan de traitement médical	•	
• Problème psychiatrique chronique : - diagnostic et plan de traitement médical - ajustement du traitement médical - suivi des conditions stables	• • •	 •
10. Coordination et demande de services de réadaptation		
• Orientation vers des services de réadaptation	•	
• Participation à la planification et au suivi	•	•
• Éducation	•	•
11. Orientation vers d'autres services de santé		
• Orientation vers des ressources communautaires	•	•
• Orientation vers des professionnels de la santé (autres que les médecins)	•	•
• Consultation avec des médecins spécialistes	•	
• Orientation vers l'hôpital pour admission	•	
12. Soins de soutien		
• À l'hôpital	•	
• À la maison	•	•
• En soins de longue durée	•	

Adapté de D. Wey, L. Jones et N. Busing, *Implementation Strategies: Collaboration in Primary Care – Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care*, Toronto, Ontario College of Family Physicians, 2000.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. & Collège des Médecins du Québec. (2008) SOINS DE PREMIERE LIGNE étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. & Collège des Médecins du Québec

Annexe C : Grille des degrés de tri

	DEGRÉ 1 Urgence vitale Situation aiguë pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe si la prise en charge n'est pas immédiate. Aucun délai d'attente.	DEGRÉ 2 Situation urgente Elle n'engage pas le pronostic vital, mais est susceptible de s'aggraver rapidement. Prise en charge dans les 20 minutes.	DEGRÉ 3 Situation semi-urgente L'état de santé est jugé stable à l'arrivée et le temps ne constitue pas un facteur déterminant. Prise en charge si possible dans les deux heures.	DEGRÉ 4 Situation non urgente Elle correspond à un cas pour lequel un médecin privé aurait dû être consulté. Délai indéterminé, facteur temps non pertinent.
Cas pratique	Suspicion d'AVC Une femme appelle le 144 car son mari n'arrive plus à s'exprimer ni à saisir des objets avec sa main depuis une heure.	Tentative de suicide Une femme de 40 ans, en conflit de couple depuis des mois, découvre un message d'une autre femme sur le téléphone de son mari. Elle prend 30 comprimés d'un somnifère. Sa sœur la découvre somnolente et l'amène aux urgences.	Traumatisme du genou Un jeune homme se blesse en jouant au football et n'arrive plus à marcher. Son genou a enflé.	Lumbago Une femme de 50 ans a mal au dos depuis deux semaines suite à un déménagement. Les douleurs persistent.
Prise en charge aux urgences	Après le tri, le patient est orienté en voie rouge . Evaluation clinique immédiate par l'urgentiste et le neurologue. Un scanner est réalisé tout de suite pour déterminer le choix du traitement.	Après le tri, la patiente est surveillée par les internistes et orientée à la voie blanche . Une fois réveillée, le psychiatre l'examine pour évaluer le risque suicidaire. Il diagnostique un trouble dépressif et de la personnalité. Le mari est convoqué pour un entretien.	Après le tri, le patient est orienté à la voie verte . Un traitement antidouleur est immédiatement donné. Le médecin examine et prescrit des radiographies (suspicion d'une lésion aux ligaments). Avis de l'orthopédiste demandé. Pose d'une attelle.	Après le tri, la patiente est orientée à la voie orange . Examen par le médecin. Il n'y a pas de facteurs de gravité. Un traitement antidouleur est débuté et sera poursuivi sur quelques jours.
Suite	Hospitalisation aux soins continus de neurologie ou aux soins intensifs.	La patiente, restant suicidaire, est hospitalisée quelques jours à l'unité de crise, puis dirigée sur une structure ambulatoire (centres de thérapies brèves, psychiatres privés).	Le patient rentre à son domicile avec un rendez-vous, dans une semaine, à la consultation spécialisée du genou traumatique.	La patiente rentre à domicile. En cas de récurrence, on lui recommande de prendre contact avec son médecin traitant.
Autres exemples	- Polytraumatisé - Infarctus - Coma	- Traumatisme crânien avec brève perte de connaissance - Crise d'asthme - Fracture ouverte de la jambe	- Douleurs abdominales - Calcul rénal - Pneumonie	- Infection urinaire - Plaie superficielle de la main - Syndrome grippal
Pourcentages (58 514 cas en 2009)	4,2% 2466 cas 	21% 12 248 cas 	74,8% 43 800 cas 	

Source : Costa, G. (2010). A chacun son degré d'urgence. *Pulsations*, Déc /Jan, 12.

Annexe D : les neuf compétences du PEC 2006

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

L'étudiant-e:

Au niveau « expertise »

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques.

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

L'étudiant-e:

Au niveau « expertise »

Conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins:

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture etc.).
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation

- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

Réalise les soins requis :

- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

Organise son travail en tenant compte du contexte :

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

L'étudiant-e:

au niveau « expertise »

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire

- oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

4. Evaluer ses prestations professionnelles

L'étudiant-e:

Au niveau « expertise »

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'étudiant-e:

Au niveau « expertise »

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

L'étudiant-e:

Au niveau « expertise »

- mène des actions d'information et de formation

- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

L'étudiant-e:

Au niveau « expertise »

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

8. Participer aux démarches qualité

L'étudiant-e:

Au niveau « expertise »

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

L'étudiant-e:

Au niveau « expertise »

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

Source : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale (2006). Plan d'étude cadre Bachelor 2006 Filière de formation Soins infirmiers. **Suisse** : Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

Annexe E : Compétences spécifiques de la filière de soins infirmiers

Compétences spécifiques de la filière soins infirmiers

Bachelor of Science en soins infirmiers	Master of Science en soins infirmiers
<p>A. Rôle d'expert en soins infirmiers¹</p> <p>En tant qu'<i>experts</i>² en soins infirmiers, les infirmiers effectuent les activités liées à leur profession et assurent le leadership de leur champ disciplinaire au sein du contexte socio-sanitaire et sont habilités à expliciter un jugement professionnel.</p>	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
<p>Ab1 elles sont responsables des soins, identifient les besoins des individus et des groupes, dans tous les âges de la vie, et effectuent ou délèguent les soins appropriés tout en les évaluant de manière continue. Ceux-ci comprennent les soins préventifs, thérapeutiques et palliatifs ;</p> <p>Ab2 elles assument, au sein d'une équipe professionnelle (skills mix) et interprofessionnelle, la responsabilité, dans l'intérêt des patients, de la mise en œuvre et de la continuité de soins de qualité efficaces et efficaces ;</p> <p>Ab3 elles dispensent, aux patients et à leur entourage, des conseils relatifs aux soins et à la santé basés sur des connaissances scientifiques actuelles et des principes éthiques ;</p> <p>Ab4 elles participent à des projets et à des recherches dans le domaine des soins et promeuvent le transfert des résultats dans la formation et la pratique.</p>	<p>Am1 elles examinent et évaluent les soins de manière empirique, développent de nouvelles questions de recherche pertinentes pour la pratique et conduisent des recherches correspondantes ;</p> <p>Am2 elles se positionnent, dans la société et le contexte de la politique de la santé, sur les questions relatives aux soins et à l'éthique et proposent des alternatives tout en participant à leur mise en œuvre ;</p> <p>Am3 elles participent à des projets de recherches interdisciplinaires et promeuvent le transfert des connaissances dans la pratique et dans l'enseignement ;</p> <p>Am4 elles assument la conduite de projets dans le domaine des soins et négocient avec les mandants leur transfert dans la pratique.</p>

¹ La notion d'« expert en soins infirmiers » est avant tout liée à un savoir et une pratique professionnels qui permettent d'explicitier un jugement propre à son champ disciplinaire et d'intervenir dans les débats le concernant. Cette notion est à différencier de la notion d'expert développée par Patricia Benner (1984) (voir à ce sujet la discussion dans le rapport final).

² Afin de faciliter la lecture, les termes désignant des personnes s'appliquent également aux femmes et aux hommes.

Bachelor of Science en soins Infirmiers	Master of Science en soins Infirmiers
<p align="center">B. Rôle de communicateur</p> <p>En tant que <i>communicateurs</i>, les infirmiers facilitent les relations et le rapport de confiance avec les personnes et transmettent des informations pertinentes.</p>	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
<p>Bb1 elles établissent des relations professionnelles de confiance avec les patients et leurs proches et adaptent la communication à la situation tout en favorisant une prise de décision partagée (shared decision making) ;</p> <p>Bb2 elles développent une compréhension partagée des situations de soins et gèrent, si nécessaire, les conflits ;</p> <p>Bb3 elles assurent la traçabilité de toutes les données pertinentes en prenant en considération les dimensions légales, identifient les lacunes dans la documentation et proposent des solutions adaptées ;</p> <p>Bb4 elles communiquent avec les patients et les professionnels et partagent leur savoir et leur expérience avec leurs pairs.</p>	<p>Bm1 elles présentent les alternatives et limites de l'offre en soins, les communiquent et les défendent sur le plan institutionnel et sur le plan de la politique de la santé, et mettent à disposition les connaissances et compétences adéquates ;</p> <p>Bm2 elles préparent et provoquent des décisions concernant les soins en tenant compte des perspectives professionnelles, éthiques, sociales et des aspects économiques de la politique de la santé ;</p> <p>Bm3 elles communiquent avec des groupes de patients et les professionnels et initient des concepts de soins spécifiques ;</p> <p>Bm4 elles assument des décisions concernant les soins des patients et formulent le mandat de prestation au sein d'une équipe interdisciplinaire.</p>

Bachelor of Science en soins infirmiers	Master of Science en soins infirmiers
<p align="center">C. Rôle de collaborateur</p> <p>En tant que <i>collaborateurs</i>, les infirmiers participent efficacement à l'activité d'une équipe interdisciplinaire et interprofessionnelle.</p>	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
<p>Cb1 elles s'engagent, dans une équipe interdisciplinaire et interprofessionnelle, à défendre des soins individualisés optimaux ;</p> <p>Cb2 elles assument la responsabilité qui leur incombe dans les situations de soins, et, ce faisant, elles coordonnent et accompagnent les groupes de travail, soutiennent et dirigent, dans leur domaine, d'autres membres de l'équipe de soins ;</p> <p>Cb3 elles prennent part à des prises de décision au sein de groupes intra et interprofessionnels en y défendant l'éthique professionnelle ;</p> <p>Cb4 elles mettent leurs compétences professionnelles à disposition des acteurs du système de santé, des patients et de leurs proches.</p>	<p>Cm1 elles approfondissent des problématiques en tant que personne de référence pour les équipes et institutions, et proposent des solutions efficaces adaptées aux patients (exemple : <i>nurse case management</i>) ;</p> <p>Cm2 elles négocient des objectifs de traitement et de soins dans une équipe interprofessionnelle en respectant les normes nationales et internationales de traitement (exemple : <i>evidence based nursing, disease management</i>) ;</p> <p>Cm3 elles garantissent, au sein du système socio-sanitaire et au-delà des frontières institutionnelles, leur leadership dans les soins infirmiers.</p>

Bachelor of Science en soins infirmiers	Master of Science en soins infirmiers
<p align="center">D. Rôle de manager</p> <p>En tant que <i>managers</i>, les infirmiers exercent leur leadership professionnel en contribuant à l'efficacité des organisations tout en développant leur propre carrière professionnelle.</p>	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
<p>Db1 elles mettent en œuvre des plans de traitement de manière efficace dans le cadre des conditions générales institutionnelles et légales ;</p> <p>Db2 elles participent à la mise en œuvre et à l'évaluation des normes de qualité des soins basées sur les connaissances scientifiques et identifient les besoins en matière d'innovation ;</p> <p>Db3 elles utilisent des technologies de l'information et travaillent, en s'orientant vers les processus et les objectifs, en utilisant les ressources de manière efficace ;</p> <p>Db4 elles évaluent leur rôle professionnel et prennent une part active à leur carrière professionnelle.</p>	<p>Dm1 elles dirigent des processus de gestion de la qualité dans le système socio-sanitaire et élaborent des mesures afin d'y établir le développement des soins ;</p> <p>Dm2 elles assument leur rôle d'agent de changement dans des projets de soins innovants et les défendent auprès des décideurs ;</p> <p>Dm3 elles développent, implémentent et évaluent des stratégies d'offre en soins appropriées aux besoins de la population et qui tiennent compte des conditions-cadres actuelles et des défis futurs.</p>

Bachelor of Science en soins infirmiers	Master of Science en soins infirmiers
<p align="center">E. Rôle de promoteur de la santé (Health Advocate)</p> <p>En tant que <i>promoteurs de la santé</i>, les infirmiers s'appuient sur leur expertise et leur influence pour promouvoir la santé et le mieux-être des patients et des collectivités.</p>	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
<p>Eb1 elles s'engagent en faveur de la santé et de la qualité de vie et soutiennent les intérêts des patients et de leurs proches ;</p> <p>Eb2 elles intègrent, dans leur pratique professionnelle, des concepts de promotion de la santé et de prévention de la maladie pour les individus et les groupes et participent activement à leur mise en œuvre ;</p> <p>Eb3 elles encouragent les patients et leurs proches à utiliser, de manière différenciée et individuelle, les moyens disponibles pour surmonter la maladie ou la prévenir, dans le souci d'assurer la meilleure qualité de vie possible ;</p> <p>Eb4 elles participent au développement des approches de promotion de la santé et de prévention de la maladie.</p>	<p>Em1 elles identifient les problématiques prioritaires dans le domaine de l'offre en soins appropriée aux besoins de la population et contribuent à la recherche de solutions sur le plan de la politique de la santé et de la politique sociale ;</p> <p>Em2 elles s'engagent sur le plan politique et social, en utilisant leurs connaissances scientifiques, pour des conditions-cadres garantissant, de manière durable, des soins pour tous ;</p> <p>Em3 elles participent aux discussions importantes sur la santé, se positionnent et développent, implémentent et évaluent des concepts et des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie pour des groupes de patients, des familles ou des communes.</p>

Bachelor of Science en soins infirmiers	Master of Science en soins infirmiers
<p align="center">F. Rôle d'apprenant et de formateur</p> <p>En tant qu'<i>apprenants et formateurs</i>, les infirmiers démontrent, de manière continue, un engagement professionnel fondé sur une pratique réflexive, ainsi que sur l'utilisation, la création et la diffusion de données probantes.</p>	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
<p>Fb1 elles maintiennent et développent leurs compétences professionnelles à travers une formation continue et soutiennent la formation professionnelle pratique des étudiants, en s'appuyant sur des données scientifiques et pertinentes ;</p> <p>Fb2 elles identifient les besoins de formation des patients, de leur entourage et de la société et proposent, dans le cadre de la politique de santé, un soutien efficace ;</p> <p>Fb3 elles identifient des problématiques, relatives à la pratique des soins, propices à des projets de développement et de recherche et les transmettent aux instances appropriées ;</p> <p>Fb4 elles analysent leur pratique professionnelle, combinent les lacunes et identifient les ressources à disposition, en associant leur expérience clinique, leur connaissance des patients et leurs connaissances actualisées basées sur les preuves scientifiques, afin de continuer à développer les soins.</p>	<p>Fm1 elles initient et mènent à terme des projets de recherche orientés vers la pratique ;</p> <p>Fm2 elles initient des projets de changement et accompagnent leur déroulement, avec pour objectif d'harmoniser les soins de santé avec les besoins actuels ;</p> <p>Fm3 elles jouent un rôle de conseil en matière de recherche ;</p> <p>Fm4 elles analysent, critiquent et appliquent les connaissances actuelles de manière ciblée en vue de les mettre à disposition de la formation et de la population.</p>

Bachelor of Science en soins infirmiers	Master of Science en soins infirmiers
<p align="center">G. Rôle de professionnel</p> <p>En tant que <i>professionnels</i>, les infirmiers s'engagent pour la santé et la qualité de vie de la personne et de la société, ainsi que pour une pratique respectueuse de l'éthique et un engagement envers leur propre santé.</p>	
A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études bachelor en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:	A la fin de leur formation, les personnes qui ont suivi une filière d'études master en soins infirmiers doivent posséder les compétences spécifiques suivantes:
<p>Gb1 elles démontrent une attitude respectueuse de l'éthique professionnelle et un engagement envers les patients, leurs proches et la société ;</p> <p>Gb2 elles représentent leur profession et s'impliquent dans le développement et l'exercice de la profession infirmière ainsi que le maintien de leur propre santé, de manière responsable et autonome ;</p> <p>Gb3 elles évaluent leur pratique professionnelle en démontrant une posture de réflexion et d'auto-évaluation permanentes afin de contribuer à la qualité de vie des personnes et de la société.</p>	<p>Gm1 elles répondent, en respectant la dignité humaine, aux besoins de santé de la population en vue d'améliorer la qualité de vie et d'assurer la sécurité des personnes ;</p> <p>Gm2 elles engagent des travaux de recherche sur l'éthique professionnelle, diffusent et utilisent les résultats ;</p> <p>Gm3 elles contribuent, à l'aide de la recherche, au développement des connaissances professionnelles et promeuvent ainsi le rayonnement et la visibilité de la profession infirmière dans la société.</p>

Source : Ledergerber, C. Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES*. [Rapport final]. Suisse : Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses.

Annexe F : Grilles de lecture critique

Bibliographie	Alix, J.E. Carter, MD. Alecs, H. & Chochinov, MD. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. <i>Canadian journal of emergency medical care</i> , 9(4), 286-295.
Type d'étude	Revue systématique de littérature
Question/ But	Les infirmières praticiennes dans les services d'urgences peuvent réduire les temps d'attente, augmenter la satisfaction des patients, produire des soins de qualité raisonnable et avec un bon rapport coût-efficacité.
Méthode	<p>Ils ont cherché des articles en anglais publiés avant Novembre 2006 sur les sites MEDLINE et Cinahl, en utilisant les termes « infirmières praticiennes » ou « infirmière », « pratique appliquée » ou « étendue » et « urgence ». Par cette recherche, ils en ont trouvé 558 sur lesquels ils en ont sélectionné 281 après avoir lu les abstracts. 59/281 remplissaient les critères fixés et ont été jugés de bonne qualité. Ils les ont entièrement lus et ont cherché la documentation manquante.</p> <p>Les articles étaient inclus dans leur étude si les points discutés concernaient les infirmières praticiennes travaillant dans un service d'urgence et si 1 des 4 caractères à priori déterminants pour leur étude était étudié (les coûts, la qualité, les temps d'attente et la satisfaction des patients). Les études pouvaient concerner des patients de tous les âges et il n'était pas nécessaire qu'elles comparent directement les infirmières praticiennes à d'autres catégories de soignants. Pour les études qualitatives et corrélationnelles, ils ont évalué leur qualité méthodologique en fonction des outils utilisés et en fonction de leur précédente publication par Estabrook et leurs collègues. Ils ont estimé d'une bonne qualité les articles qui ont récolté un score de 4 points ou plus. Les études contrôlées randomisées ont été évaluées en utilisant le score Jadad, pour laquelle une bonne qualité a été définie comme un score de 3 ou plus. Les articles ont été exclus s'ils ne remplissaient pas</p>

	leurs critères de qualité ou s'ils ne parlaient pas suffisamment de leur sujet d'étude. Au final, 36 études ont été incluses dans leur analyse.
Résultats	<p><u>Les coûts</u> : Sakr et ses collègues n'ont montré aucune différence entre les infirmières praticiennes et les médecins internes en terme de coûts pour une même prestation ou en terme de planification des soins post-hospitaliers, bien que le groupe de résidents comporte plus de soins post-hospitalisés non planifiés. Dans l'ensemble, les coûts sont apparus comme étant plus élevés pour les infirmières praticiennes. Ils ont calculé un coût par unité de travail de 41,4£ lors de blessures mineures contre 40,01 dans les départements d'urgence. Après avoir pris en compte également les tarifs des soins continus qui étaient planifiés, ils ont découvert une différence de 12,7 £ dans les unités de blessures mineures, comparé à 9,66£ dans les départements d'urgence. Un autre calcul des coûts basé sur le rapport salaire/ heure montre que les infirmières praticiennes sont légèrement plus coûteuses que les médecins internes : 12,18£ pour le travail de jour et 15,81£ le samedi et les nuits et 19,44£ les dimanches, alors qu'ils coûtent 14,91£ par heure en tout temps. Ces études ne comparent par contre jamais les infirmières praticiennes aux médecins traitants.</p> <p><u>La qualité des soins</u> : Plusieurs des études qui se préoccupaient de la qualité des soins se sont basées sur la précision des interprétations des radiographies. Les internes et les infirmières praticiennes sont apparus comme étant de niveau presque équivalent (83,4% d'exactitude pour les médecins diplômés, 79,7% pour les infirmières praticiennes et 75,6% pour les internes inexpérimentés). Indépendamment de leur formation, la précision de leur analyse est corrélée avec l'expérience. Une étude randomisée contrôlée australienne dirigée par Chang et ses collègues a étudié l'isolement rural des départements d'urgence par sondage téléphonique et comparé à une étude en double aveugle. Le protocole a été suivi par les infirmières praticiennes dans tous les cas. La documentation, l'exactitude de l'examen physique et l'estimation de l'urgence de la situation étaient de meilleures qualités chez l'IP.</p>

	<p><u>La satisfaction du patient</u> : La satisfaction des patients était élevée autant chez les infirmières praticiennes que chez les internes, mais légèrement plus élevée chez les infirmières praticiennes. Par exemple, 77% des patients des IP (infirmière praticiennes) étaient complètement satisfaits contre 48% des patients des internes. Mais si on compare tous les niveaux de satisfaction, les résultats sont équivalents et relativement hauts dans les deux cas. La satisfaction a été évaluée à partir de la qualité des soins, qui était équivalente entre interne et IP, et à partir des explications de procédure, qui étaient plus compréhensibles chez les IP (14,3%) que chez les internes (6,1%). Les causes majeures d'insatisfaction des patients étaient les problèmes irrésolus (66% chez IP contre 26,7% chez les internes) et la lenteur de l'accès aux soins (33,3% IP/ 53,3% internes).</p> <p>L'étude de Moser montre que sur 213 patients examinés, 72,5% ont dits être consentants à être vus par une IP, contre 21% qui s'attendaient à rencontrer un médecin. Sur les 12,1% qui ne désiraient pas être vus par une IP, 36% disent ne jamais vouloir être vus par une IP indifféremment des circonstances, contre 81,2% qui disaient qu'ils n'y auraient pas vu d'inconvénient dans d'autres circonstances. 25% accepteraient d'être examinés par une IP si les effets sur les couts de la santé étaient prouvés et 37,5% accepteraient si cela leur permettait d'être pris en charge plus rapidement.</p> <p><u>Temps d'attente</u> : Les données montrent qu'avec les IP, que ce soit dans une unité de soins mineure du département d'urgence ou dans les unités libres, les temps d'attente étaient réduits. En revanche, les études ne comparent pas l'addition d'une IP à l'addition d'une autre profession de la santé à une équipe (p. ex : plus d'internistes, l'addition d'un médecin adjoint ou d'un médecin assistant). Dans le système « voir et traiter » du Royaume-Uni, la moyenne du temps d'attente pour voir un praticien a chuté de 56 à 30 minutes, et la moyenne dans le département de 1h39 à 1h17. Globalement, le temps d'attente a diminué depuis l'introduction du modèle. La plupart des études ont examiné les IP dans les aires de</p>
--	---

	<p>traitement mineur. Cependant, 2 études suggéraient que les IP pouvaient aussi réduire les temps d'attente en voyant des patients d'acuité aigüe.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion : Il est important de considérer le pays d'origine de l'étude quand on interprète des résultats. Les systèmes du Royaume-Unis et d'Australie sont différents que ceux du Canada ou des Etats-Unis, où les patients peuvent d'abord être vus par un interne mais qui sont toujours directement gérés par un médecin diplômé. Une telle surveillance rend une comparaison directe entre les IP et les internes encore plus difficile.</p> <p>En général, les IP semblent être plus coûteuses par patient que les internes. Dans l'ordre, les mieux payés sont les médecins diplômés, suivi des IP et en tout dernier les internes et les infirmières. Cependant au-delà du salaire, ils existent des coûts entraînés par les programmes de résidence et leur manière d'influencer les résultats sont peu clairs dans nos analyses. Les coûts additionnels dus aux IP dans les urgences sont compensés dans certains systèmes par le fait qu'elles effectuent aussi le travail d'une infirmière.</p> <p>Dans les services à hauts volumes et à faible acuité, les IP seraient plus rentables que dans les services à bas volume et haute acuité, où l'addition de médecins supplémentaires permettrait de prendre en charge une plus grande variété de patients. Dans les institutions à petit volume comme les petites communautés ou les départements d'urgence ruraux où la diminution du nombre de médecins a conduit à la diminution des heures d'ouverture ou carrément à la fermeture de certains département, les IP pourraient constituer une ressource appréciable, autant pour la communauté que pour les médecins surchargés.</p> <p>La qualité des soins est un autre point important à prendre en considération. La qualité peut être jugée en évaluant plusieurs standards. Les IP sont par exemple de niveau égal aux internes concernant l'interprétation de radio et étaient meilleures dans le suivi des protocoles et dans la documentation. La seule étude négative à ce sujet date de 1979 et elle demandait à des médecins d'évaluer les performances des IP. Pour note, les patients de cette étude disaient être particulièrement</p>

	<p>satisfaits. La qualité a également été jugée comme bonne comparée aux références, pour laquelle les IP étaient d'ailleurs meilleures. C'est une des causes pour lesquelles l'ajout d'une IP dans les aires de traitement mineures est aussi bien si ce n'est meilleur que l'ajout d'un interne supplémentaire. Concernant les données, il existe peu d'études qui comparent ces différents aspects avec des patients spécifiques. Les médecins diplômés ont jugé les soins des IP comme étant appropriés. Cette évaluation subjective a été faite dans le contexte des IP travaillant en suivant des protocoles définis, et non pas en prenant des initiatives. Il est rassurant de constater que la proportion d'avis négatifs est bas.</p> <p>Le temps additionnel de contact avec les patients qui est permis avec l'introduction des IP permet une meilleure communication et donc une meilleure satisfaction du patient. Dans l'ensemble, les patients sont très satisfaits des soins par les IP, ce qui constitue un argument de valeur supplémentaire en faveur de leur introduction dans les services d'urgence. Les patients reçoivent plus d'informations sur leur santé et de meilleures instructions.</p> <p>Dans le modèle de santé américain, l'une des clés de la mesure de la satisfaction, qui est également facile à mesurer, est le temps d'attente. Les patients avec des blessures mineures représentent une proportion significative des visites aux urgences. A cause du système de triage, ces gens attendent depuis toujours plus longtemps que les autres. Beaucoup de service d'urgence emploient des IP pour aider à atteindre des nouveaux temps d'attente plus bas, en supposant également que les IP sont moins coûteuses que les médecins diplômés pour soigner cette catégorie de patient. L'addition d'une IP dans les départements d'urgence ou dans une unité libre permet donc de réduire les temps d'attente des patients à faible acuité. Il existe peu de données sur l'effet continu des IP sur le reste du département.</p> <p>Certains pourraient mettre en avant que ces études impliquent la présence de services dits « rapides », ce qui soulève la question de savoir si l'augmentation des médecins dans ces services (qui</p>
--	--

	<p>combinerait l'ajout de médecins diplômés et d'internistes) pourrait réduire les temps d'attente plus efficacement que les IP. Les études s'intéressant à ces scénarios font défaut, mais vu le manque actuel de médecins, cette proposition est discutable.</p> <p>Les facteurs menaçants l'implantation des IP doivent être considérés sous l'angle du financement, du manque de médecins et d'infirmières et des préoccupations médico-légales. L'expansion du rôle des IP sur les ressources infirmières doit encore être évaluée, notamment au Canada où la situation est encore plus tendue concernant les ressources infirmières que celles des médecins. Dans les communautés infirmières, il y a la crainte que les IP soient vus comme des substituts de docteur à bas coût plutôt que comme des additions de valeur au service en terme de promotion de la santé et de capacité de communication. Ce changement pourrait dévaloriser les soins infirmiers des urgences et la principale nature de la profession infirmière pourrait être perdue, submergée par l'envie de traiter plutôt que de soigner.</p> <p>Conclusion : L'addition d'une IP dans une équipe qui se chargerait de prendre en charge les patients nécessitant des traitements mineurs aurait un effet positif sur les temps d'attente et sur la satisfaction, avec un impact nul ou minime sur la qualité des soins. Pour les patients de faible acuité dans les départements d'urgence surpeuplés des villes comme les ruraux, les IP pourraient représenter une option viable et effective, permettant une utilisation optimale du nombre limité des ressources de médecins et augmentant la possibilité d'accéder à des soins d'urgence pour la population.</p>
critiques personnel	<p>L'étude procure des résultats probant et utile pour la revue de littérature car elle va dans le même sens que notre revue de littérature. Elle a comme point positif le nombre d'articles pris en considération qui est important. Les points négatifs sont que les articles pris en considération sont majoritairement plus vieux que l'an 2000 et que le nombre d'articles sur les coûts est réduit.</p>

Bibliographie	Brebner, J.A. Ruddick-Bracken, H. Norman, J.N & Page J.G. (1996). The nurse practitioner: management of minor trauma. <i>Accident and Emergency Nursing</i> , 4, 43-46.
Type d'étude	Article scientifique
Question/ But	Crée une base de données de protocoles et de schémas thérapeutiques pour l'infirmière praticienne aux urgences qui contribuerait aux soins des patients ayant eu un accident mineur se trouvant aux urgences. Décrire un éventuel processus de préparation nécessaire pour introduire une infirmière praticienne dans un service d'urgence.
Méthode	L'étude a eu lieu dans le service d'urgence de Aberdeen Royal Infirmary, Royaume uni. Elle a duré 14 jours répartis en deux sessions (du 6 au 12 janvier et du 24 au 30 juillet 1994). Les notes de tous les patients présents aux urgences durant les deux périodes ont été analysées (1785 patients). Les données recueillies comprennent : d'où il provenait, le diagnostic, les investigations menées, le traitement donné, les disponibilités et le nombre de visite de suivi. Pour éviter de retirer les dossiers du service d'urgence, un petit groupe de chercheurs expérimentés notaient les données sur un ordinateur portable durant la collecte, puis les transféraient au bureau de recherche. Les chercheurs ont stockés toutes les informations sur un programme informatique SPSS (Statistical Package For Social Sciences) pour Windows. Les diagnostics des patients étaient codés selon la Classification Internationale des Maladies de 1975. Les noms des patients n'ont pas été inclus.
Résultats	68% des patients étaient venus par eux même. 94% de ceux-ci n'avait que des blessures superficielles ne nécessitaient aucune investigation ou seulement des rayons x. Les contusions, entorses, foulures et plaies ouvertes constituaient le 53% de la charge de travail. 67% des patients n'ont pas reçu de traitement ou seulement un traitement simple (nettoyage de plaie, pansement, soutien élastique, bandage, steristrips,

	<p>écharpe, minerve, analgésique oral, anti-inflammatoire orale et sérum antitétanique).</p> <p>58% des patients ont pu rentrer chez eux sans la nécessité d'une autre consultation.</p> <p>Sur les 14 jours de l'étude, 30% du débit total des patients des urgences(534) rassemblaient les critères suivant: se présentaient aux urgences d'eux même seulement avec des blessures, n'avaient pas d'examens ou seulement des rayons x, recevaient un traitement de la liste précédemment décrite et ont regagné leur domicile sans suivi. Le pourcentage de patients qui rassemblaient ces critères monte à 33% entre 9h et 21h.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion : selon les auteurs, il semble que la plupart des patients se prête à la surveillance et au traitement par une infirmière expérimentée aux urgences qui a une formation appropriée. Les auteurs disent aussi qu'il y a un potentiel pour examiner l'utilisation d'IP en vue d'améliorer la qualité des soins, réduire le temps d'attente pour les patients et permettre au médecin d'avoir plus de temps pour faire face aux cas les plus graves.</p> <p>Pour préparer une infirmière au rôle d'IP, une formation devrait être fournie et une série de protocoles formels établis. Il pourrait prendre la forme de procédures d'étapes par étapes soigneusement élaborés par un consultant en médecine d'urgence. Dans le cadre de son élaboration, des tests pourraient être faits pour entrainer son utilisation. Ils permettraient aussi une discussion entre les différents partis intéressés au sujet des groupes de patients que l'infirmière praticienne pourrait prendre en charge. Les auteurs donnent un exemple de protocole qui pourrait être mis en place (c/f article)</p> <p>Conclusion : en analysant les données de l'étude avec le protocole qu'ils donnent durant les 12 heures de pointe (9h-21h), 33% du débit total des urgences au cours de la période de 14 jours aurait été examiné, traité et évacué. Dans une autre étude, un protocole a permis aussi d'avoir des effets positifs sur le flux de patients et le temps d'attente.</p>

	<p>Les IP sont considérées comme autonomes dans le protocole des traitements globaux. Elles supervisent les patients dont le diagnostic et la durée de traitement s'inscrit dans leur cahier de charge, sauf si le protocole indique le renvoi au médecin. En acceptant un tel contenu dans le protocole, le personnel médical et infirmier devrait se concentrer sur ces domaines d'activité où l'intervention de l'IP fera une différence dans l'intérêt du patient. Pour les auteurs cela ne peut être défini que localement par une recherche.</p>
Critiques personnel	<p>L'étude ne procure pas des résultats probants pouvant être utilisés dans notre revue de littérature. Nous l'avons sélectionné en lisant le résumé qui nous semblait intéressant. Après l'avoir analysé plus en profondeur, nous nous sommes rendu compte qu'il avait de nombreux défauts. En premier lieu, il n'apportait rien à notre revue de littérature. Deuxièmement, il était trop vieux pour être encore valable étant donné les nombreux changements qui ont eu lieu depuis 1996 dans les soins. Pour finir, nous avons noté de nombreuses lacunes méthodologiques dans cet article.</p>

Bibliographie	Considine, J. Martin, R. Smit, D. Winter, C. & Jenkins, J. (2006). Emergency nurse practitioner care and flow: Case-control study. <i>Emergency Medicine Australia</i> , 18, 385-390.
Type d'étude	Etude de cas-témoins
Question/ But	<p>Comparer les temps d'attente aux urgences, les temps de traitement et la durée de séjour pour des patients gérés par une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSSPL) avec des patients gérés par un service d'urgence traditionnel.</p> <p>Fournir des données exploratoires concernant l'effet des soins prodigués par une IPSSPL sur le flux de patient au service des urgences.</p>
Méthode	<p>Milieu et population: L'étude a eu lieu dans l'hôpital du nord qui est la seule infrastructure aigue du Nord (près de Melbourne). En 2004, les urgences de cet hôpital ont traité plus de 60000 patients. Les taux d'admission étaient de 29% et environ 25 % des cas étaient pédiatriques. La période d'étude s'étend du 14 juillet 2004 au 31 mars 2005. 725 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 24 ans (n=623, extrêmes 1-91) pour le groupe contrôle et de 28 ans (n=102, extrême 3-78) pour le groupe IPSSPL.</p> <p>Déroulement : ils ont réalisé une étude de cas-témoin pour comparer les temps d'attente, la durée de traitement et la durée de séjour aux urgences des patients pris en charge par IPSSPL avec la prise en charge traditionnelle.</p> <p>Ils ont utilisé l'ICD-10AM (classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision, modification australienne) qui est utilisé en Australie pour classer les diagnostics aux urgences. Les trois diagnostics les plus courants aux urgences pour l'IPSSPL (ENPC) ont été gérés comme suit : une plaie ouverte (main/poignet) (CIM-10- S619), fracture (main/poignet) (CIM-10-S628) et l'enlèvement d'appareil orthopédique, généralement plâtre de Paris (CIM-10-Z478). Ces sous-groupes de diagnostic sont la base pour l'analyse de cas-témoins.</p>

	<p>Seuls les patients qui ont été vus entre 08h00 et 22h30 du lundi au vendredi ont été inclus. Les critères d'inclusion pour le groupe témoin étaient les mêmes, mais conformément aux pratiques habituelles des urgences, les patients ont été alloués aux soins de l'IPSSPL ou aux infirmières traditionnelles sur la base de la disponibilité du personnel. Lorsque l'IPSSPL était indisponible à cause de la charge de travail, de la liste de patients ou autres engagements auprès de patient, les patients étaient pris en charge de façon traditionnelle. Le temps d'attente, le temps de traitement et la durée de séjour ont été extraits du système d'information du service des urgences.</p> <p>Il y a deux raisons qui expliquent que les chercheurs ont exclu les patients vus durant le weekend et la nuit. Premièrement, les IPSSPL ne travaillent que du lundi au vendredi entre 8h et 23h. cela correspond aux moments où l'effectif des médecins urgentistes était optimal, garantissant une pratique sûre et un support clinique adéquat pour les IPSSPL. Deuxièmement, l'équipe d'évaluation du triage rapide (RAT) ne fonctionne pas la nuit. Le RAT est composé d'un médecin urgentiste et d'une infirmière. Ils évaluent tous les patients suivant le processus de triage. Le but du RAT est d'augmenter les soins prodigués au triage en évaluant l'état clinique du patient, de soulager la douleur et de faciliter la gestion initiale des besoins et des investigations. Le RAT a démontré que le temps d'attente, le temps de traitement et la durée de séjour diminuent de façon significative.</p> <p>Une tentative de détermination des critères d'échantillonnage pour mesurer la signification des statistiques de tous les patients présents dans l'étude (n=725) a montré que le temps d'attente moyen était de 12.33 min (SD=24.68) et la moyenne de séjour était de 156.86 (SD=126.32). Le niveau de signification est de 0.05.</p> <p>Les outils utilisaient par les chercheurs, pour comparer les deux groupes était « Mann-Whitnex U-test » et « x2-test ». Les analyses des données ont été réalisées à l'aide du logiciel informatique SPSS pour Windows 14.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).</p>
--	--

	<p>Ethique : Le Human Research and Ethics Comittee (HREC) de l'hôpital était informé des stratégies qui serviront à l'évaluation du modèle et ils ont donné leur accord.</p> <p>Limite de l'étude : la limitation majeure de cette étude a été l'échantillonnage : la taille de l'échantillon des sous-groupes de diagnostic IPSSPL était trop petit pour atteindre la puissance statistique et il y avait des différences entre les groupes.</p> <p>Une autre limite est que cette étude n'a pas pu être randomisée étant donné qu'elle a fait partie de l'évaluation de la mise en œuvre du rôle de l'IPSSPL et qu'elle était seule.</p> <p>L'utilisation des différents temps comme critère de jugement principal ainsi que l'utilisation du système d'information des urgences peuvent être des limites. Les questions peuvent être soulevées sur l'exactitude des données extraites du système d'information des urgences. Toutefois, ce sont ces mêmes données utilisées par l'organisation et les organismes gouvernementaux pour évaluer les performances des urgences et il n'était pas possible de contrôler les retards dans la saisie des données.</p> <p>Enfin, les facteurs contextuels liés à la mise en œuvre récente du rôle de l'IPSSPL peuvent également être une limitation de la présente étude.</p> <p>En dernier lieu, il faut tenir compte que pendant la période de collecte des données, l'IPSSPL devait discuter de chaque cas avec un médecin d'urgence pour obtenir une contre-signature. De plus, les médecins urgentistes ont eu également à remplir des notes d'examen collégial pour la supervision et la pertinence des médicaments, de l'imagerie et la pathologie de chaque patient. Il est raisonnable de supposer que ces processus, bien que nécessaires pour la mise en œuvre sûre du rôle de l'IPSSPL, a pu entraîner des retards pour les patients soignés par cette dernière. Une fois que l'IPSSPL aura été approuvée, ces processus ne seront pas nécessaires et de nouvelles améliorations dans les temps de traitement et de durée de séjour sont attendues.</p>
--	---

Résultats	<p>Il y avait des différences significatives dans l'échelle des catégories de triage australien entre deux groupes. Lorsque des sous-groupes de diagnostic ont été examinés, le groupe IPSSPL avait une proportion significativement plus élevée de patients atteints de fractures à la main/poignet et une proportion plus basse de patients nécessitant l'enlèvement de plâtre de Paris.</p> <p>Les temps médians d'attente étaient les mêmes pour les deux groupes ($p=0.96$). Il n'y a pas de différence significative dans le temps médian de traitement ($p=0.41$) et la durée de séjour ($p=0.28$). Cependant, le temps de traitement pour l'enlèvement de plâtres de Paris du groupe IPSSPL a été plus long que le groupe contrôle. La durée de séjour médian pour le groupe contrôle et ENPC étaient également similaires. Cependant, encore une fois, il y avait des différences entre les groupes concernant les différentes procédures menées.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion : cette étude, ne montre aucune différence significative entre le groupe contrôle et le groupe IPSSPL dans les trois types de temps examinés. Le temps d'attente médian était le même dans les deux groupes. Les temps d'attente courts sont le reflet du système RAT qui augmente les soins fournis au triage à la TNH. Environ 60-70% des patients aux urgences sont vus par le médecin urgentiste du RAT avant d'être affecté au groupe IPSSPL ou à l'équipe traditionnelle de sorte que le système RAT ne fausse les données de temps d'attente.</p> <p>Les résultats de cette présente étude suggèrent que les soins ENPS ne désavantagent pas les patients en termes de temps d'attente ou de temps passé aux urgences.</p> <p>Les auteurs estiment qu'il y a un manque d'étude de cas-témoins évaluant les résultats du flux de patients pris en charge par une IPSSPL. Selon eux, beaucoup d'autres études rapportent une diminution des temps d'attente et une réduction de la durée de séjour aux urgences comme des résultats positifs du modèle de soins des IPSSPL, mais selon eux, un certain nombre de ces études comportent des limites méthodologiques, donc les conclusions qui peuvent être tirées sont</p>

	<p>limitées.</p> <p>Les données descriptives de cette étude suggèrent qu'il pourrait y avoir une variabilité dans les temps de traitement et la durée de séjour entre les sous-groupes de diagnostics. Comme l'échantillon des tailles des sous-groupes était petit, on ne peut pas effectuer des comparaisons statistiques. Cependant, ces données mettent en évidence certaines tendances intéressantes. Par exemple, les patients des IPSSPL avec une main/poignet fracturé semblaient avoir des durées de traitement et de séjour plus courts que le groupe contrôle. Inversement, pour les patients nécessitant l'enlèvement de plâtre de paris, le groupe contrôle était plus rapide.</p> <p>Les chercheurs donnent différentes explications possibles. 1) ces résultats ont été le reflet de différences dans la composition des sous-groupes du groupe de L'IPSSPL. 2) le temps de traitement plus court et donc le séjour plus court pourraient être attribués à la gestion des IPSSPL de tous les aspects des soins aux patients, y compris l'application du plâtre. En revanche, il faut tenir compte qu'il est courant pour les patients gérés par un service d'urgence traditionnel que le plâtre soit délégué au personnel auxiliaire (ex :aide infirmier) et cela peut être un facteur dans les temps de traitement plus longs et pour la durée de séjour des patients du groupe contrôle avec la main/poignet fracturé.</p> <p>Les auteurs mettent en garde que l'utilisation du seul résultat du temps d'attente ne reflète pas précisément l'efficacité du rôle de l'IPSSPL. Ils suggèrent aussi que les prochaines études devraient se concentrer sur l'utilisation de méthodes multiples et sur une gamme de mesure de résultats. Par exemple, l'efficacité, la sécurité des soins de l'IPSSPL, la satisfaction des patients et du personnel des urgences et les résultats de décisions cliniques.</p> <p>Conclusion : Les résultats du flux des patients gérés par une IPSSPL sont comparables à ceux des patients gérés via un processus habituel, mais d'autres recherches futures utiliseront de plus grands échantillons,</p>
--	---

	ce qui serait justifié. Le modèle de soins de l'IPSSPL est une stratégie potentiellement importante dans la gestion des services d'exigences accrues aux Urgences Victoriennes.
Critiques personnel	<p>Cette étude procure des résultats probants sur les différents temps passé aux urgences par les patients et l'effet de l'introduction des IPSSPL sur ceux-ci.</p> <p>Nous trouvons qu'un point positif de cette étude est que les auteurs sont bien conscients des limites de leur étude. Nous trouvons que les limites de cette étude sont : la population non-randomisée, l'échantillon trop faible pour atteindre la puissance statistique, les différences entre les 2 groupes dans l'échelle de triage et pour finir la vérification du travail de l'IP par un médecin.</p>

Bibliographie	Cooper, A. Lindsay, G. Kinn, S. & Swann I. (2002). Evaluating Emergency Nurse Practitioner services : a randomized controlled trial. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 40(6), 721-730.
Type d'étude	Essai contrôlé randomisé
Question/ But	Développer des méthodes et des outils qui pourraient être facilement utilisés dans les différents services des urgences. Mesurer la qualité des soins prodigués par les infirmières praticiennes (IP) en termes de satisfaction des patients, de qualité de la documentation clinique, les suivis imprévus et les blessures manquées.
Méthode	<p>Population : Un total de 214 patients atteints de lésions mineures ont été invités à participer à l'essai, et 95% d'entre eux ont pris part à l'étude. Huit IP et 12 assistants ont pris part à l'étude. Sept des huit IP avaient pratiqué pendant 1 an au moment de l'étude. La huitième avait achevé sa formation 3 mois auparavant. Tous les assistants étaient dans leur cinquième et sixième mois (sur les 6 mois de stage) aux urgences et la majorité des assistants étaient dans leur premier poste.</p> <p>Instrument de collecte des données : Afin de récolter les données, les auteurs ont créé un questionnaire distribué aux patients inclus dans l'étude. Une échelle mesurant la qualité a été utilisée (score de Carstairs). Les données ont aussi été récoltées avec l'aide du personnel des urgences.</p> <p>Déroulement : Les patients ont été recrutés dans l'essai pendant 28 jours au cours de décembre 1998 et janvier 1999 (pas de recrutement effectué au cours de la période de Noël et Nouvel An). Environ 215 heures ont été consacrées pour le recrutement des patients. Tous les patients qui ont participé ont été évalués aux urgences par une infirmière de triage (pratique courante). Les patients avec des blessures mineures ont ensuite été examinés par le chercheur afin de connaître l'aptitude à l'inclusion. Les patients retenus qui avaient plus de 16 ans et qui avaient subi une blessure sont entrés dans les protocoles de l'IP sur le site de recherche. Ils ont alors été invités à participer à l'essai. Les patients ont</p>

	<p>été recrutés uniquement lorsque le chercheur et une IP étaient en service. Les patients étaient randomisés pour être soit dans le groupe expérimental (l'IP fait les soins) soit dans le groupe témoin (le médecin assistant prodigue les soins).</p> <p>Une enveloppe opaque, numérotée et scellée contenant l'affectation aléatoire pour l'un des deux groupes a été fournie par l'un des auteurs, qui ne sont pas directement impliqués dans la partie clinique de l'essai.</p> <p>La pauvreté a été mesurée à l'aide du score de Carstairs, A. (McLoone 1997). Ce score est dérivé à partir de variables de petites données provenant du recensement de la région et de l'utilisation des codes postaux des secteurs. Les scores vont de DEPCAT 1 (les codes postaux ayant les habitants les plus riches) à DEPCAT 7 (les plus démunis). Les scores sont basés sur quatre différentes variables provenant des données du recensement : le nombre de personnes par chambre, le taux de chômage des hommes, la classe sociale et la possession d'une voiture. Le score est une mesure relative de la pauvreté ou de la richesse, qui se réfère à la population du secteur postal, ou le genre de vie des patients et non pas pour le patient de façon individuelle.</p> <p><u>Les renseignements démographiques et les types de blessures :</u> Les données démographiques sur les patients dans chaque groupe de l'essai ont été recueillies par le personnel de la réception des urgences. Cela a été fait dans le cadre du processus normal de l'enregistrement du patient avant le recrutement. Après le départ du patient du service, le chercheur a examiné la documentation clinique et les données recueillies sur le type de blessure du patient.</p> <p><u>Consultation et référence :</u> Chaque IP et médecin assistant ont été invités à enregistrer sur le formulaire une note. Cette note précisait si aucun conseil sur le diagnostic, d'interprétation des radiographies ou de traitement n'a été demandé à tout autre clinicien. Un médecin plus expérimenté (généralement un assistant plus expérimenté ou un chef de clinique) était disponible à la consultation à la fois des IP et des assistants. Ces derniers pouvaient également demander des infos</p>
--	--

	<p>directement auprès des différents spécialistes au sein de l'hôpital pour avoir une opinion sur un traitement ou d'une admission concernant le patient. Les assistants et les IP ont pu orienter les patients vers un certain nombre d'hôpitaux pour le suivi clinique ou à leur médecin généraliste. Les cliniques de suivis disponibles incluent une clinique de « Soft Tissue », une clinique des fractures orthopédiques, une clinique des brûlures et une clinique de la main. Les informations sur le nombre de patients dirigés vers les différentes cliniques ont été recueillies à partir des notes des urgences, de même que les détails des enquêtes demandées. Un «Formulaire Clinique de référence» a été développé après discussions auprès de trois infirmières consultantes (cheffes) des cliniques. Cela a été utilisé pour recueillir des informations sur le suivi clinique et sur la prise en charge clinique du patient. Le formulaire a été rempli par le médecin examinant le patient, à la clinique.</p> <p><u>La satisfaction des patients :</u> Un questionnaire de satisfaction des patients fait à partir d'un questionnaire préalablement validé et développé par Jenkins et Thomas (1996), a été utilisé pour mesurer la satisfaction de la consultation. Les questionnaires ont été distribués aux patients au moment du recrutement. Chaque patient a été invité à remplir le questionnaire immédiatement après son traitement et avant de quitter le service. Les patients ont reçu la possibilité de rester dans la salle où ils avaient été traités pour assurer la confidentialité au moment de remplir le questionnaire. Les questionnaires remplis ont été recueillis par l'intermédiaire d'une boîte scellée dans la salle d'attente. Bien que les questionnaires n'étaient pas anonymes, les patients ont reçu l'assurance que seuls les chercheurs pouvaient voir les données et qu'aucun membre du personnel impliqué directement avec le traitement des patients n'y aurait accès.</p> <p><u>Qualité de la documentation clinique :</u> Les chercheurs ont mesuré la qualité de chaque note clinique écrite par les IP et les assistants à l'aide d'un «outil de documentation de vérification» mis au point pour évaluer la documentation clinique des patients souffrant de blessures mineures.</p>
--	--

	<p>Le développement de cet outil a été élaboré en utilisant un panel d'experts et une méthodologie décrite ailleurs (Cooper et al. 2000). Chaque ensemble de notes cliniques a donné un score de 30.</p> <p><u>Un mois de suivi :</u> Un questionnaire a été envoyé par voie postal, un mois après la participation des patients. Des rappels ont été envoyés aux non-répondants. Ce questionnaire a recueilli des informations sur (1) le temps de récupération, (2) le niveau et la fréquence de la douleur encore connue, (3) le niveau des symptômes et leur fréquence, (4) le nombre de journées d'incapacité de travail et (5) si un suivi imprévu a été demandé.</p> <p><u>Retours et blessures manqués :</u> Les patients de l'étude qui sont retournés au service des urgences ont été identifiés grâce au système informatique et les notes cliniques. Les blessures manquées ont été identifiées par (1) le retour des patients lors de la surveillance, (2) une recherche systématique des patients par le biais du registre de rappel des urgences, (3) l'orientation vers différents services et (4) les plaintes formelles.</p> <p><u>L'analyse des données :</u> Les données provenant des questionnaires ont été codées et saisies dans une base de données avec Microsoft Access 97. Le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences du v8•0) a été utilisé pour analyser les données. Les statistiques descriptives ont été calculées pour toutes les variables et les histogrammes ont été tracés pour s'assurer que les données avaient été distribuées normalement. Deux des tests t bilatéraux ont été appliqués à des variables continues. Pour les variables catégorielles, le test du chi-carré pour les échantillons indépendants a été utilisé, ou le test exact de Fisher si les valeurs étaient inférieures à 5 dans n'importe quelle cellule. Le test de Mann-Whitney U-test a été utilisé dans l'analyse des données ordinales des questionnaires de satisfaction des patients. L'analyse a été réalisée en comparant les patients dans les groupes auxquels ils ont été initialement attribués. Tout patient qui n'a pas été vu d'abord par le clinicien (IP ou assistant à qui, ils ont été randomisés, a été exclu de l'analyse finale.</p> <p>Considérations méthodologiques : Les questionnaires ont eu un certain nombre de limites. La principale difficulté est que, souvent, les</p>
--	--

	<p>répondants refusent de remplir ou de retourner le questionnaire. Les sujets peuvent également demander à d'autres personnes de l'aide pour remplir le questionnaire ou même le faire compléter mais par pudeur, ils le refusent. Cela peut se produire lorsque les sujets n'ont pas leur lunette de vue, qu'ils n'arrivent pas à écrire à cause d'une incapacité physique ou lorsqu'ils n'arrivent pas à lire correctement le questionnaire (analphabète).</p> <p>Ethique : L'approbation éthique du comité d'éthique de la Glasgow Royal Infirmary a été obtenue avant le début de l'étude. Le consentement libre et éclairé était demandé aux deux groupes.</p>
Résultats	<p><u>Les renseignements démographiques et les types de blessures :</u> L'âge moyen des patients de l'étude était de 36.3 ans et plus de la moitié étaient des hommes (56.4%). Les caractéristiques démographiques et les blessures traitées dans les deux groupes ont été comparées et aucune différence statistique n'a été trouvée entre l'âge, le sexe, le score de pauvreté et le type de blessure.</p> <p><u>Consultation et référence :</u> Le temps moyen d'attente pour voir un assistant a été significativement plus long que pour une IP (assistant 70.1 minutes, IP 48.6 minutes, $P<0.001$; 95% IC, 11.2-31.8 minutes). Cependant, il n'y avait pas de différence significative dans le temps de consultation totale (y compris le temps pour le traitement) (IP 30.0 minutes, assistant 24.9 minutes, $P=0.115$; 95% IC, -1.3 à 11.5 minutes).</p> <p>Les IP et les assistants ont pu demander des conseils auprès du personnel médical expérimenté pour une variété de raisons, y compris pour le diagnostic, l'interprétation des radiographies et de la gestion des patients. Lors de l'étude, les IP ont dû demander plus souvent des conseils sur l'interprétation des radiographies (64.6% comparé avec 21.1%, $P<0.001$). Elles ont cherché des conseils sur les patients plus souvent que les assistants. Il n'y avait pas de différence entre les groupes sur le nombre de rayons X demandés (IP 56.6%, assistant 47.5%, $P=0.2$), ni chez le nombre de patients admis (IP 2.0%, assistant 6.0%, $P=0.279$) ou ceux qui auraient un suivi clinique (IP 33.3%,</p>

assistant 27.5%, $P=0.358$). Le pourcentage des formulaires pour l'orientation clinique retourné varie considérablement de 17.4% à 100%. Aucune différence statistique n'a été détectée entre les deux groupes dans la pertinence de la saisie ou de la prise en charge clinique. Cependant, deux patients dans le groupe IP ont été considérés comme ayant reçu une prise en charge clinique insatisfaisante.

La satisfaction des patients : 168 patients ont retourné les questionnaires de satisfaction immédiatement après leur traitement, soit un taux de 84% (IP $n=87$, assistant $n=81$). Les patients semblaient très satisfaits au niveau de soins qu'ils avaient reçu à la fois des IP et des assistants. Cependant, ils ont signalé qu'avec l'IP, il était plus facile de parler, qu'ils ont reçu des informations sur les accidents et la prévention des maladies et qu'ils ont reçu suffisamment d'informations sur leur blessure. Dans l'ensemble, ils étaient plus satisfaits avec le traitement prévu par l'IP qu'ils ne l'étaient par l'assistant.

Qualité de la documentation clinique : La documentation clinique a été vérifiée 4 mois après la fin de l'étude, en utilisant un outil de documentation préalablement validé et vérifié. Un total de 186 notes cliniques ont été vérifiées (93.5%) (IP $n=94$, Assistant $n=92$) et 13 n'ont pas pu être trouvées. Les IP ont montré avoir écrit des notes de qualité supérieure aux assistant (IP 28.0 sur 30, assistant 26.6 sur 30 $P<0.001$).

Un mois de suivi : Le questionnaire de suivi donné après un mois a donné un taux de réponse de 64% (IP $n=63$, assistant $n=65$) à la suite d'un rappel postal. Il a été demandé combien de temps les patients avaient pris pour se remettre complètement de leurs blessures. Il n'y avait pas de différence dans le temps de récupération ($P=0.96$), le niveau des symptômes (gonflement $P=0.92$, rigidité $P=0.80$), la fréquence des douleurs ($P=0.58$), la durée de l'incapacité à aller au travail ou à aller à l'école ($P=0.14$). Il a été demandé s'ils avaient besoin de conseils supplémentaires médicaux ou infirmiers dans le mois qui suivait leur présence aux urgences. Aucune différence statistique n'a été observée entre les groupes.

	<p><u>Retours et blessures manquées</u> : Dix patients (5.0%) sont revenus dans le service pour une variété de raisons qui comprenaient de nouvelles blessures (IP n=1, assistant n=1), des soucis concernant leur blessure (IP n=2, assistant n=1), des difficultés à respecter le traitement (IP n=2, assistant n=1 et des problèmes avec le traitement (IP n=1, assistant n=1) . Un total de trois patients inclus dans l'étude ont été manqués par le clinicien. Il y en avait un dans chacun des groupes de traitement et un autre parmi les cinq patients retirés de l'étude. Aucune plainte formelle n'a été reçue auprès de l'hôpital au sujet de n'importe quel patient qui est entré dans l'étude.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion : L'étude a démontré que l'utilisation d'outils testés permet d'évaluer la satisfaction des patients avec les soins prodigués par l'IP et de mesurer la qualité de la documentation. Cette étude a également démontré que les patients, lorsqu'ils quittent les urgences, étaient plus satisfaits avec le traitement donné par l'IP. Cela s'est surtout remarquée, lorsqu'ils discutaient de leur blessure avec l'IP, la quantité d'informations données par l'IP au sujet de leur blessure et les conseils donnés pour éviter des blessures ou les maladies à l'avenir. Les résultats montrent également que la qualité de la documentation des IP était plus élevée et, surtout, que les niveaux de blessures manquées semblent être très faibles. Cependant un grand nombre de patients doivent être surveillés pour déterminer ce taux réel. Chang et al. (1999) ont démontré que préparer les infirmières praticiennes aux urgences, convenablement formées, peut aider à la gestion des cas non urgents. Sakr et al. (1999) ont conclu que les infirmières dûment formées qui travaillent avec des lignes directrices établies peuvent fournir des soins aux patients souffrant de blessures, qui sont égaux ou, à certains égards meilleurs que ceux prodigués par des médecins assistants. Les résultats de cette étude confirment ces deux conclusions.</p> <p>Conclusion : L'étude a été suffisamment importante pour démontrer des niveaux plus élevés de satisfaction et de qualité au niveau de la documentation clinique avec l'IP qui prodigue les soins. Le</p>

	<p>questionnaire de satisfaction des patients et les outils de vérification de la documentation sont simples à utiliser et suffisamment sensibles pour détecter des différences dans la qualité des soins prodigués par les IP et les assistants. Ces deux outils peuvent être facilement incorporés dans les évaluations locales pour mesurer des aspects importants de la qualité des soins et le suivi des blessures mineures. Les rappels de suivi et les demandes du patient portant sur d'autres services sont une mesure importante de la qualité des soins aux urgences, mais il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats car les patients sont libres de chercher un deuxième avis et d'avoir un suivi non prévu avec d'autres fournisseurs. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour examiner les suivis imprévus chez les patients avec des blessures mineures.</p>
Critiques personnelles	<p>Le point fort de cette étude est la classification de leurs résultats. En effet, il est facile de s'y retrouver. La structure de l'ensemble de l'article est bonne.</p>

Bibliographie	Ducharme, J. Alder, R. Alder, R. Pelletier, C. Murray, D. & Tepper, J. (2009). The impact on patient flow after the integration of nurse practioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. Canadian Journal of Emergency Medicine, 5, 455-461
Type d'étude	Etude corrélationnelle descriptive rétrospective
Question/ But	Evaluer l'impact de l'intégration des nouveaux rôles des infirmières praticiennes et des médecins assistants dans un contexte de soins primaires sur le cheminement des patients, les temps d'attente et le pourcentage de patients qui ont quitté les urgences sans avoir été vus par un médecin, dans 6 services d'urgences en Ontario (Canada)
Méthode	<p>Population : 6 hôpitaux communautaires ayant un volume de patients variant de 23770 à 66136 visites par année. Il était inclus dans le service, des médecins assistants, des infirmières praticiennes et des infirmières spécialisées en soins aigus (exclue de l'étude car 1 seule recrutée). Ces nouveaux membres du personnel ont été appelés à travailler comme un ajout de personnel et non comme remplaçant.</p> <p>Les patients qui ont, par le passé, eut une NP ou un PA qui était impliqué dans leur soin, ont été exclus pour isoler les patients qui auraient bénéficié de soins de ces nouveaux prestataire de manière indirect.</p> <p>Instrument de collecte des données : L'évaluation de l'intégration des NP, au sein des urgences, comprenait : une analyse des changements administratifs, des enquêtes sur l'efficacité de l'équipe, des séances de perfectionnement avec des groupes de discussion et un registre de données relatif aux soins et au débit des patients. Un examen rétrospectif des données dans les dossiers de soin des patients a été fait.</p> <p>Déroulement : Sur les 6 sites, l'intégration des nouveaux travailleurs a eu lieu lors d'une journée qui a permis de discuter des rôles et des activités autorisées des infirmières praticiennes et des assistants, ainsi que d'identifier les problèmes locaux et les solutions possibles. Tous les membres de cette nouvelle équipe devaient se conformer à la politique</p>

	<p>du service des urgences et aux lignes directrices.</p> <p>Chaque hôpital participant devait fournir les données nécessaires provenant de leurs dossiers administratifs médicaux, des données standardisées conforme aux exigences des déclarations provinciales (ces dernières n'ont pas été modifiées lors de l'étude). La collecte des données a eu lieu sur deux périodes, du 13 novembre 2006 au 3 décembre 2006 et du 11 juin 2007 au 29 juin 2007 (2x14jours). Les informations suivantes ont été obtenues pour les 6 services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La date de visite du patient • Le temps de triage • Le type de médecin impliqué dans le traitement des patients (médecin urgentiste, médecin de famille, etc.) • Le type de prestataire de soins (infirmière praticienne, assistant) impliqué dans le traitement des patients • Le score CTAS • Le temps d'attente pour que le patient soit trié pour l'évaluation initiale du médecin • La durée de séjour aux urgences (du triage à la prise en charge) • Les dispositions de départ du patient <p>Les dossiers de données de santé ont été analysés pour évaluer les impacts directs et indirects de la présence de l'infirmière praticienne ou du médecin assistant. Cela a été fait pour la mesure des intervalles de temps, entre les patients qui ont été pris en charge par ces derniers et les patients pris en charge par le groupe contrôle. L'impact des nouveaux prestataires de soins sur les temps d'attente, la durée de séjour et la proportion de patient partis du service sans avoir été vus ou partis sans traitement, ont été mesurés en utilisant une analyse multivariée (régression logistique ou analyse de covariance, selon si la variable était dichotomique ou respectivement continue) avec un ajustement pour l'hôpital, les temps de consultations des patients et le niveau de gravité. Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 15.0. Les chercheurs se sont basés sur les dossiers médicaux pour déterminer</p>
--	---

	<p>si un prestataire de soin avait été impliqué dans les soins auprès des patients. Après l'ajustement, les temps d'attente et les durées de séjour ont été comparées, ceux des infirmières praticienne et médecins assistants avec le personnel « normal ». Pour les temps d'attente, les chercheurs ont analysé les données en fonction de la gravité CTAS.</p> <p>Considérations méthodologiques : La petite taille et la nature rétrospective de l'étude comporte de nombreuses limites potentielles. La collecte de données a été limitée à 2 périodes de 14 jours, ce qui ne permet pas de rendre compte de la variation saisonnière ou des tendances séculaires, de la disponibilité des lits, des changements administratifs ou la dotation en personnel en raison du recrutement.</p> <p>Les 6 hôpitaux étaient de taille moyenne, la généralisation à d'autres tailles ne peut pas être valide. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'impact sur le flux de patients sur une plus grande échelle et dans des provinces différentes.</p> <p>Ethique : La confidentialité des patients a été protégée car les données d'identification personnelle n'ont pas été incluses dans les dossiers de données analysés.</p> <p>Les comités d'éthique de tous les hôpitaux ont approuvé la libération des données aux fins de cette étude.</p>
Résultats	<p>Les médecins assistants ont été directement impliqués dans les soins à raison de 396 consultations de patients. Les infirmières praticiennes ont eu 1744 consultations et ont été directement impliquées dans les soins des patients pour 298 de ces consultations.</p> <p>Le temps d'attente a été 1.6 fois meilleur lorsqu'un assistant était impliqué dans les soins. (intervalle de confiance 95% 1.3-2.1, $p<0.05$) Lorsque l'infirmière praticienne était impliquée, ce fut 2.1 fois meilleure dans le temps (IC 95% 1.6-2.8, $p<0.05$).</p> <p>Quand un assistant a été impliqué dans les soins aux patients, la durée de séjour aux urgences était de 30.3% plus court que quand ce dernier n'était pas présent. (95% IC 21.6%-39%, $p<0.01$) La moyenne de la</p>

	<p>durée de séjour a changé de 265.4 minutes à 182.9 minutes.</p> <p>Lorsque qu'une IP était impliquée, la moyenne de la durée de séjour était de 48.8% plus courte que lorsqu'elle n'était présente (95% IC 35%-62.7%, $p<0.01$). Le temps est passé de 256.3 minutes à 131.1 minutes. Bien qu'avoir une IP ou un assistant dans le service (est présent mais ne fait pas le soin) n'a pas un effet spectaculaire sur la durée de séjour, il y a quand même un effet statistiquement significatif sur la moyenne de durée de séjour (assistant : 95% IC 3.6%-14.1%, $p<0.01$; IP : 95% IC 4.6%-13.9%, $p<0.01$). Quand un assistant était présent dans le service mais que ce dernier ne faisait pas les soins directement, la durée de séjour passe de 304.2 minutes à 277.2 (8.9% plus court, 95% IC 4.6%-13.9%, $p<0.01$). Pour l'IP cela passe de 257.7 minutes à 233.81 (9.3% plus court).</p> <p>Quand un assistant ou une IP était dans le service, la proportion de patient qui quitte le service sans être vu, a été significativement réduite. Lorsqu'un assistant était dans le service, cela a amélioré de 24.6% et de 17.6% pour les IP.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion : L'intégration de ces nouveaux rôles de soins de santé a été associée à des réductions du temps d'attente, de la durée de séjour et de la proportion de patients qui quittent les urgences sans être vus. Il semblerait que l'intégration des praticiens de soins aux urgences soit une option viable. Les auteurs ont vu un effet direct sur le flux de patient, sans doute parce que l'ajout de fournisseurs de soins primaires augmente le nombre de travailleurs en mesure d'évaluer et de traiter les patients. Le flux de patient peut ainsi être amélioré au sein des urgences sans avoir de procédure accélérée indépendamment de l'équipe des urgences. Un effet indirect supplémentaire est probablement le fait que les médecins peuvent se concentrer sur plus de malades et de blessés, sachant que ceux de moindre acuité seront, au moins initialement, vus par une IP ou un assistant.</p> <p>Les pénuries en personnel peuvent entraîner des retards dans les soins, qui à leur tour peuvent conduire à une baisse de la qualité des soins, une</p>

	<p>plus grande morbidité et mortalité et de la violence dirigée vers le personnel hospitalier.</p> <p>Diverses initiatives ont été développées pour répondre aux demandes croissantes sur les systèmes de soins de santé et des organisations afin de fournir des services plus rapides, aux limites financières et en ressources humaines. Il s'agit d'un mix d'initiatives telles que l'augmentation du personnel de soutien, le développement d'équipes d'intervention rapide, l'augmentation du nombre d'étudiants et la stimulation du recrutement. De nouvelles façons de dispenser les soins sont nécessaires et l'expansion des équipes interprofessionnelles est une approche.</p> <p>Nos résultats appuient l'intégration des IP et des assistants en tant que fournisseurs de soins primaire aux urgences. Les réductions dans les temps d'attentes et de durée de séjour, révélé par l'étude, suggèrent que ces derniers peuvent aider à améliorer l'efficacité des soins aux patients.</p> <p>Cependant, comme plus de patients sont pris en charge, il se pourrait qu'une telle augmentation en efficacité puisse submerger d'autres domaines qui travaillent déjà à pleine capacité. Par exemple, le personnel infirmier et de laboratoire pourrait ne pas être en mesure de suivre à cause du plus grand nombre de prescriptions écrites pendant les heures de pointe. Sur de nombreux sites, les services de soutien tels que l'imagerie médicale ne pourrait pas non plus être en mesure de répondre à la demande accrue. Une analyse minutieuse de l'impact sur les services connexes des urgences est nécessaire afin d'assurer que les modifications soient apportées afin d'adopter ce modèle.</p> <p>Une question tout aussi importante est de savoir si la qualité des soins auprès du patient va souffrir dans le but d'accélérer ces soins. Il s'agit d'une question complexe et elle était en dehors de l'étude. Un article de la Society for Academic Emergency Medicine Emergency Department Crowding Task Force discute de la surpopulation qui a des répercussions négatives sur les soins. L'article suggère qu'améliorer le débit permettrait d'améliorer les résultats. Des études montrent que les</p>
--	---

	<p>IP sont en mesure de pratiquer comme des assistants. En outre, de nombreuses études montrent que des niveaux élevés de satisfaction des patients sont présents avec ces travailleurs de la santé.</p> <p>Conclusion : L'ajout des médecins assistants ou d'infirmières praticiennes dans les équipes des urgences d'un hôpital communautaire peut améliorer le flux des patients. Le recours à d'autres fournisseurs de soins de santé, compte tenu de la pénurie de médecin, devrait être pris en compte. Cependant, ces résultats doivent être validés car leur généralisation à d'autres endroits ou types de services d'urgences n'est pas connue</p>
Critiques personnelles	<p>Le résumé français de l'étude présente des erreurs. Les traductions pour certaines parties furent très difficiles à cause des tournures de phrases utilisées. La structure n'est pas très adéquate, la méthodologie n'est pas très bien présentée.</p>

Bibliographie	Laurie, A., McGee, M. N., & Kaplan, L. (2007). Factors Influencing the Decision to Use Nurse Practitioners in the Emergency Department. <i>Journal of emergency nursing</i> , 33, 441-446.
Type d'étude	Etude exploratoire qualitative
Question/ But	Cette étude pilote examine les facteurs qui contribuent à la décision d'employer ou non des infirmières praticiennes dans un service des urgences.
Méthode	<p>Population : Un échantillon de 4 responsables des services d'urgences (SU) des hôpitaux du sud-ouest de Washington, qui emploient ou non des infirmières praticiennes a été interrogé.</p> <p>Processus : Après l'approbation du « Institutional Review Board », une lettre contenant une interview a été envoyée à cinq managers des SU sur leur lieu de travail. Si aucune réponse n'était reçue dans les sept jours, un rappel téléphonique était fait. Des interviews ont été planifiées avec les quatre responsables des urgences intéressés à participer, à l'heure et à la date qui leur convenait le mieux. Les interviews ont été menées d'une manière semi-structurée et ont été enregistrées sur cassettes. Les bandes audio ont été retranscrites et les transcriptions ont été étudiées, en utilisant un contenu d'analyse. En plus des études par interviews, il a été demandé aux participants de partager d'autres données, telles que le nombre de visites dans leur département des urgences par années, le pourcentage de ces visites qui concernaient des problèmes de soins primaires ou le pourcentage de celles qui n'auraient pas nécessitées une prise en charge par les urgences. Les quatre responsables acceptèrent de transmettre ces données.</p> <p>Éthique : Avant les interviews, le consentement éclairé était obtenu.</p> <p>Limitations : Cette étude est limitée par son statut d'étude pilote, par la petite taille de son échantillon (quatre gérants) et par sa géographie limitée qui se concentre sur une région spécifique de l'état de Washington. Il se peut que cela ne reflète pas l'utilisation des infirmières praticiennes dans les ED au sein de l'état ou de la nation.</p>

Résultats	<p>Le nombre de visites aux urgences dans ces 4 hôpitaux variait de 27'000à 65'000 par année. Le pourcentage d'urgences de niveau 1 variait de 4 à 13% des visites totales. D'un autre côté, 25 à 40% des visites des urgences ont été considérées comme non-urgentes, autrement dit de niveaux 4 ou 5 (peuvent être traitées par une infirmière praticienne selon les dires d'une responsable)</p> <p>Les managers reportaient que la surpopulation des urgences était un problème dans leurs hôpitaux.</p> <p>Tous les managers ont aussi rapporté que leurs hôpitaux avaient des contrats avec un groupe de médecins externes, composé de médecins habilités à offrir des soins médicaux dans les départements d'urgences. La décision d'employer ou non des infirmières praticiennes était auparavant secondaire, à cause des groupes de médecins avec lesquels les hôpitaux avaient des contrats. Les facteurs qui influencent ces groupes de médecins externes à employer ou non des infirmières praticienne ne sont pas clairs aux yeux des responsables, bien qu'ils suspectent qu'il y ait plusieurs origines. Voici ce que rapportent les responsables :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le fait d'avoir des infirmières praticiennes dans le cadre des urgences est en contradiction avec le modèle médicale. Ils pensent qu'une fois qu'ils auront travaillé avec, ça ira mieux. -Même si l'addition d'une infirmière praticienne dans l'équipe permettrait une accélération de la prise en charge, le directeur médical d'un des SU a évoqué la question des responsabilités au cas où il ne pourrait pas « observer » les infirmières praticiennes. <p>Les responsables des SU dont les établissements n'emploient pas d'infirmières praticiennes, ajoutent qu'ils ont eu une récente discussion au sujet de l'ajout d'infirmières praticiennes aux groupes de médecins. Un des facteurs contribuant à augmenter l'emploi des infirmières praticiennes est en relation avec un changement législatif datant de 2005, dans l'état de Washington. Cette loi accorde aux infirmières</p>
-----------	---

	<p>praticiennes une autorité de prescription pour toutes les substances contrôlées et cela, sans l'accord d'un médecin, ce qui rend les infirmières praticiennes de Washington complètement autonomes. Deux des quatre départements des urgences ont actuellement une minorité d'urgences gérées par des infirmières praticiennes. Les deux services d'urgences qui en emploient utilisent un système de triage à 4 ou 5 niveaux, avec un niveau 1 considéré comme très urgent et les niveaux 4 (et éventuellement 5) comme non-urgents. Les niveaux 4 et 5 sont plutôt pris en charge par des infirmières praticiennes que par des médecins. Les deux responsables d'urgences qui ont tenté l'expérience d'employer une infirmière praticienne dans leurs services respectifs en tirent un bilan positif. Ces responsables disent qu'elles ont d'excellentes compétences cliniques et qu'il n'y a pas eu d'échos négatifs des patients en lien avec l'emploi d'une infirmière praticienne.</p> <p>Les responsables d'urgences ont eu encore d'autres commentaires concernant les facteurs qui contribuent à la surpopulation de leur service et concernant l'emploi d'infirmières praticiennes. Ils relatent le fait qu'ils ont une énorme population de patients psychiatriques qui ne sait pas à qui s'adresser. Il est aussi fréquent que le personnel s'occupe de 6 à 8 patients pour 3 à 4 jours, ce qui remplit 1/3 de leur services. Un des responsables reporte qu'il y a, dans la communauté, un manque d'infrastructures qui pourraient accueillir ce types de patients. Un responsable explique qu'un de ses employés est allé se former pour devenir infirmier praticien. Il a voulu l'engager après avoir discuté avec les médecins du groupe de son service, mais malheureusement, il avait été engagé par un autre service. Ce qui l'embête le plus, c'est que ça aurait été un excellent moyen d'installer un infirmier praticien dans le système, surtout que les médecins étaient familiers et à l'aise avec les compétences de cette personne.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion : Les 4 services sont contrôlés par un groupe de médecins, donc l'emploi ou non d'infirmières praticiennes dans les ED est plus dépendant d'eux que de l'établissement. Il n'existe pas de base nationale</p>

	<p>concernant le pourcentage des services d'urgence dirigé par un groupe de médecins. Les estimations varient de 14 à 50%. Les groupes de médecins se sentent en général plus à l'aise de travailler avec des infirmières praticiennes s'ils ont déjà vécu l'expérience de travailler avec elles dans d'autres circonstances.</p> <p>Il n'existe aucune étude qui évalue ou explore les perspectives des médecins au sujet de l'embauche d'infirmières praticiennes dans les urgences.</p> <p>Les responsables des SU qui emploient des infirmières praticiennes reportent des hauts niveaux de satisfaction au sujet de leurs compétences. Les 2 responsables d'urgence sans IP dans leur service étaient très motivés à en embaucher et disent qu'ils prévoient de le faire. En dépit que les 50% des visites aux urgences sont considérées comme non urgentes, les services n'ont pas reconsidéré leur manière de fournir des soins aux patients. A la place, ils accroissent le nombre de lits et leur capacité d'accueil.</p> <p>Implications des infirmières d'urgence : Une prise de conscience a besoin de se faire dans les urgences, au regard de la valeur du rôle de l'infirmière praticienne dans le service. Des recherches doivent être effectuées pour enquêter sur les causes de réticences des groupes de médecins, afin d'en employer. L'augmentation des équipes au moyen d'infirmières praticiennes permet de réduire la surpopulation et les temps d'attente et d'augmenter la satisfaction des patients. Les efforts doivent se concentrer sur l'augmentation de la capacité du personnel soignant, capable de fournir des soins primaires plutôt que de se focaliser sur la manière de prodiguer les soins aux urgences, car cela amène à une surpopulation et à une augmentation des coûts. Les hôpitaux ont besoin de prendre urgemment en considération l'addition d'infirmières praticiennes dans leur équipe, là où des patients avec des problèmes non urgents peuvent être vus. Les soins primaires et non urgents peuvent être prodigués dans des endroits de l'hôpital qui ne sont pas continuellement occupés, comme les secteurs cliniques.</p>
--	---

	<p>Conclusion : Les hôpitaux doivent prendre en considération les alternatives aux urgences pour les visites non urgentes. Jusqu'à ce qu'un changement au niveau des systèmes survienne, le département des urgences et les patients seront mieux servis lorsque des infirmières praticiennes seront largement employées aux urgences. Les infirmières praticiennes peuvent améliorer la qualité des soins, abaisser les coûts et augmenter la satisfaction des patients par la réduction de la surpopulation des urgences.</p>
Critique personnel	<p>Les résultats dans cette étude pouvaient être utilisés dans notre revue de littérature concernant les freins et les facteurs favorisant l'emploi des IP aux urgences. Toutefois, comme le dit cette étude, on ne peut pas généraliser ces résultats étant donné le petit échantillon. D'autres résultats semblent intéressants mais ils manquent de preuve pour être utilisables. Le fait qu'une loi soit un facteur qui a contribué à l'emploi des IP ne nous est pas directement utile, mais il nous permet de voir que des décisions politiques peuvent avoir un effet sur l'avenir des IP.</p>

Bibliographie	Linden, C. Reijnen, R. & Vos R. (2009). DIAGNOSTIC ACCURACY OF EMERGENCY NURSE PRACTITIONERS VERSUS PHYSICIANS RELATED TO MINOR ILLNESSES AND INJURIES. <i>Emergency Nurses Association</i> , 36, 311-316
Type d'étude	Etude de cohorte rétrospective
Question/ But	Les objectifs étaient de déterminer l'incidence des blessures et des cas manqués ou mal gérés chez les patients souffrant de blessures mineures et de maladies et d'évaluer la précision du diagnostic des infirmières et infirmiers praticiens d'urgence (IP) par rapport à de jeunes médecins et des assistants (MA).
Méthode	<p>Population : Un échantillon de 1400 patients était nécessaire pour cette étude. Cette étude incluait des patients qui avaient visité le département d'urgence entre le 1er janvier et le 8 juin 2008. Après l'inscription et le triage, tous les "cas non-urgents" ont été traités soit par une IP ou un SHO, selon leur disponibilité. Tous les patients considérés comme étant non-urgents et traitée par une IP ont été inclus dans cette étude. Après la détermination de l'échantillon, un échantillon aléatoire de patients non-urgents a été affecté aux SHO. Ont été exclus les patients traités par l'IP lorsque ces derniers avaient besoin seulement de soins infirmiers (par exemple, la suppression des points de suture ou la vaccination contre le tétanos).</p> <p>Instrument de collecte des données : le programme SPSS (version 14.0; SPSS, Chicago) a été utilisé pour analyser les données. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les caractéristiques cliniques et démographiques du groupe d'étude, l'incidence des blessures manquées, les cas mal gérés, et les visites de retour non planifiées. Pour comparer les blessures manquées par les fournisseurs de soins de santé (IP ou médecin-assistant), le test χ^2 a été utilisé ainsi que le test exact de Fisher. Les différences entre les fournisseurs de soins de santé sur le temps d'attente et la durée de séjour ont été analysées par l'utilisation de 2-queue tests t pour échantillons indépendants. L'analyse χ^2 a été utilisée pour comparer les catégories</p>

d'âge, le temps d'admission et les catégories de triage. Pour comparer MSS, le test de Mann-Whitney U a été utilisé. L'analyse multivariée a été employée pour analyser les lésions manquées, les cas mal gérés et les visites de retour imprévues.

Déroulement : L'hôpital utilisait le système de triage de Manchester, une aide algorithmique pour le processus de triage. Il utilise une série d'organigrammes (basé sur la plainte principale) qui conduisent l'infirmière de triage à un choix logique de la catégorie de triage en utilisant une échelle de 5 points. Une extension dans le système de triage de Manchester a été faite pour identifier les patients à faibles besoins en soins, adaptés pour le traitement des IP. Après triage, les patients ont été traités par un médecin assistant ou une IP. Une IP a été définie comme une infirmière reconnue avec un diplôme de maîtrise en pratique infirmière avancée. Les IP sont des praticiennes autonomes qui peuvent diagnostiquer et traiter les patients sans nécessairement consulter un médecin. Le protocole local permet à l'IP de diagnostiquer et traiter les patients avec un large éventail de blessures mineures définies ou des maladies mineures (par exemple, les fractures, les plaies simples nécessitant une suture simple, les brûlures, les objets étrangers dans les cavités du corps, la peau ou les traumatismes des membres contondant, épistaxis et les infections de l'œil, de l'oreille ou de la gorge). Les patients atteints de blessures et de maladies qui pouvaient être soignées par une IP ont été classés non urgents. Toutes les données ont été recueillies à partir de la base de données électronique de l'hôpital (ChipSoft, Amsterdam, Pays-Bas). Les données recueillies comprenaient des données sur les blessures manquées, les cas mal gérés et les résultats secondaires. Les données démographiques incluent le sexe, l'âge, le type de plainte, les diagnostics supplémentaires (ATCD), le diagnostic et le traitement. En outre, l'enregistrement du temps d'attente, le temps d'entrée dans la salle de consultation et l'heure du départ ont été obtenus. En outre, les dossiers des patients ont été examinés pour les retours de visites non planifiées aux urgences (liée à la première visite) un mois après le traitement initial.

	<p>Les blessures manquées ont été définies comme des diagnostics qui auraient pu être faits aux urgences, mais qui l'ont été faits qu'après la sortie du patient. Ces blessures incluent le fait de ne pas avoir été vu ou le fait d'avoir mal interprété les radiographies, ainsi que celles découvertes lors des visites de retour planifiées/ non planifiées. Le lendemain de la visite initiale aux urgences, tous les rapports et les radiographies ont été examinés par une équipe (radiologue, chirurgien, médecin urgentiste, médecin assistant) pour connaître la précision du diagnostic et le traitement.</p> <p>Les cas mal gérés ont été définis comme des cas dans lesquels le traitement n'a pas été administré en conformité avec les protocoles des urgences et il n'y avait aucune justification concernant un éventuel écart de ces derniers. Ils ont été identifiés par un rapport de la radiologie, un examen des dossiers, et les visites de patients de retour pour un suivi médical. Les diagnostics manqués ont encore été objectivés par le score de sévérité des erreurs de diagnostic (MSS). Cette échelle non linéaire sépare les erreurs les plus importantes par rapport aux erreurs moins importantes, sur une échelle de 1 à 7, où 1 est un problème relativement mineur et 7 se rapporte à une situation où la chirurgie aurait dû être exécutée immédiatement.</p> <p>Des résultats secondaires ont également été fournis à partir de la base de données électronique des patients. Le temps d'attente a été défini comme le temps entre l'enregistrement et l'entrée dans la salle de consultation. La durée de séjour a été définie comme le temps entre l'entrée dans la salle de consultation et le départ des urgences.</p> <p>Considérations méthodologiques : Les limitations les plus importantes de cette étude sont liées à des différences dans les caractéristiques des patients. Cette étude a été menée pendant une période où les IP ne travaillaient pas à temps plein, mais ont également travaillé comme personnel infirmier des urgences. Par conséquent, elles étaient principalement disponibles pour les patients souffrant de blessures mineures et les maladies mineurs au cours de la journée. Parce que les</p>
--	---

	<p>auteurs ont utilisé en cours de journée la randomisation, les jeunes médecins ont eut plus de patients traités pendant les nuits. Cela pourrait avoir influencé les caractéristiques des patients ainsi que l'efficacité et la précision du praticien. En ce qui concerne la catégorie de triage, nous croyons que les IP sont réticentes à traiter les patients qui sont susceptibles d'avoir besoin de chirurgie (par exemple, fracture du fémur et fracture compliquée). En outre, les patients amenés à l'hôpital par les ambulanciers ou par leur médecin généraliste ne sont pas traités par l'IP en raison de leur emplacement dans le service des urgences. Cela pourrait aussi expliquer pourquoi les jeunes médecins ont traité plus de patients âgés de plus de 75 ans et plus de patients présentant des infections et des abcès. D'autre part, il est raisonnable de supposer que les jeunes médecins ont tendance à laisser les patients ayant des problèmes non chirurgicaux (par exemple, des problèmes oculaires) pour l'IP, en choisissant les patients qu'ils trouvent plus intéressant à traiter (peut-être en raison d'un appel à leurs compétences chirurgicales). Une autre limitation de l'étude est le fait que les jeunes médecins ont aussi traité des patients dans des catégories de triage plus élevées. Pendant les périodes de pointe, les IP ont tendance à aider les autres infirmières pour les patients dans des catégories de triage plus élevées pour réduire la pression liée au travail. Ces deux circonstances pourraient avoir causé plus de temps d'attente et augmenté la durée des séjours pour les patients souffrant de blessures mineures et de maladies mineures et peut-être influé sur la fréquence des erreurs de diagnostic. Enfin, il est possible que les patients aient visité un autre médecin/hôpital, en raison de leur problème persistant. Pour cette raison, certaines erreurs peuvent ne pas avoir été découvertes.</p> <p>Ethique : pas d'informations</p>
Résultats	<p>Du 1^{er} janvier au 8 juin 2008, 21365 patients ont visité le service des urgences. Parmi ceux-ci, 10 555 ont été triés pour un besoin faible en soin, dont 748 ont été traités par une IP. Nous avons exclu 7 patients : 6 n'avaient reçu que des soins infirmiers par une IP et 1 avait été traité à</p>

	<p>un autre endroit dans l'hôpital. Cela a conduit à un groupe d'étude de 741 patients traités par l'IP, qui a été comparés avec les 741 patients traités par un médecin assistant. Les IP eurent une expérience médiane aux urgences de soins infirmiers de 7,6 ans (extrêmes, 2-13 ans) et un temps médian de travail en tant que candidate IP aux urgences, (y compris 2 ans de formation) de 2,1 ans (extrêmes: 0,6-3,3 année). Les médecins assistant ont une durée médiane de travail en tant que médecin de 3,5 ans (extrêmes, 0.08-8.3 ans).</p> <p>Les caractéristiques démographiques et les plaintes principales diffèrent pour le triage des deux groupes. Il y avait des différences statistiquement significatives en termes d'âge, de temps d'admission et de plaintes. Les IP ont traité des enfants beaucoup plus âgés de 0 à 15 ans, plus de patients au cours d'une journée de travail, et plus de patients souffrant de problèmes oculaires. Les médecins assistant ont traité des patients de manière significativement plus âgés, de plus de 75 ans, plus de patients au cours des nuits, et plus de patients présentant des infections et des problèmes locaux au niveau des membres. De l'échantillon total de 1482 patients, 29 (1,9%) avaient une blessure qui a été manquée. Dans le groupe traité par l'IP, il y avait 20 patients qui avaient une blessure manquée (12 [1,6%]) ou qui ont reçu une prise en charge clinique insatisfaisante (8 [1,1%]). Dans le groupe traité par des médecins assistants, 9 patients ont eu une blessure manquée (5 [0,7%]) ou une prise en charge insatisfaisante (4 [0,5%]). Aucune différence significative n'a été trouvée entre l'IP et le groupe de médecins en termes de blessures ou en matière de prise en charge insatisfaisante (9 erreurs pour les MA [1,2%] et 20 erreurs pour les IP [2,7]. Après correction des différences dans les caractéristiques des patients via une analyse multivariée, aucune différence significative n'a été démontrée. La principale raison des blessures manquées était une mauvaise interprétation des radiographies (13 des 17 blessures manqués). Aucune radiographie n'a été obtenue au cours de la première visite pour 3 cas. Les visites de retours imprévus représentaient 5 blessures manquées (29,4%) et 5 cas mal gérés (41,7%). Les blessures manquées restantes</p>
--	--

	<p>ont été découvertes à travers le rapport quotidien de radiologie (9 [52,9%]), par le biais d'examen des dossiers (2 [11,8%]) et par le prestataire de soins traitant (1 [5,9%]).</p> <p>La médiane du score concernant la gravité des blessures manquées (par l'utilisation du MSS) était de 2 dans les deux groupes. Il y avait 7 patients avec un MSS de 1, 10 patients avec un MSS de 2, 5 patients avec un MSS de 3 et 7 patients avec un MSS de 4. Aucune erreur de diagnostic avec un MSS égal ou supérieur à 5 n'a été faite par des médecins assistant ou des IP. Parmi les patients, 76 (5,1%) ont effectué une visite imprévue de retour, aux urgences, après 1 mois de leur visite initiale. La plupart des patients sont retournés parce qu'ils étaient inquiets au sujet de leur préjudice (29 [38,2%]) ou parce qu'ils ont eu un problème avec le bandage / plâtre (18 [23,7%]). Il y a eu 6 complications de traitement (effets secondaires des médicaments, thrombose veineuse profonde due à une immobilisation, infection d'une plaie). La progression des infections de la peau, malgré l'utilisation d'antibiotiques, a représenté 4 visites de retour non planifiées. Il n'y avait pas de différence significative dans le temps d'attente (19 minutes pour l'IP, et 20 minutes pour les assistants). Toutefois, la durée moyenne de séjour était significativement plus longue pour les jeunes médecins (20 minutes de plus).</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion : Le but de cette étude était de comparer les IP avec les médecins assistants en termes de blessures manquées ou de cas mal gérés chez les patients souffrant de blessures et de maladies mineures. La taille de l'échantillon de cette étude a été calculée sur la base des résultats d'une étude de Cooper et al qui a suggéré que 3% des patients de l'IP et 1% des patients gérés par un assistant pourraient être diagnostiqués à tort ou initialement mal gérés. L'étude a montré des résultats comparables : un total de 1,9 % des patients avait une lésion manquée ou une blessure mal gérée. L'IP fait plus d'erreurs que les jeunes médecins (2,7% vs 1,2%), bien que ce n'était pas statistiquement significatif. En outre, les résultats sont similaires à ceux de Sakr et al,</p>

	<p>qui ont également constaté qu'il n'y avait aucune différence significative dans le taux d'erreur entre les IP et les médecins assistants. La raison la plus commune des blessures manquées dans notre étude était une mauvaise interprétation des radiographies (76,5%). Cette constatation est corroborée par l'étude de Guly concernant les causes d'erreurs de diagnostic dans le département des urgences.</p> <p>Les mauvaises interprétations peuvent conduire à un traitement inapproprié. En raison du rapport de radiologie quotidien, ces erreurs ont été reconnues dans les 24 heures et un traitement approprié a été lancé sans plus tarder.</p> <p>Plusieurs études ont montré que plus le niveau d'expérience est présent, plus la précision de l'interprétation d'une radiographie est correcte. En outre, une attention devrait être accordée à la survenue de fractures multiples. Leong et coll. ont indiqué que les fournisseurs de soins de santé plus expérimentés dans l'interprétation des radiographies mettent l'accent sur une période plus courte sur une seule fracture et sont plus susceptibles de diagnostiquer les fractures supplémentaires. Dans l'étude, les soins prodigués par l'IP n'ont pas été encore bien établis et, par conséquent, elles n'avaient pas un grand degré d'expérience dans l'interprétation des radiographies.</p> <p>Conclusion : L'IP a montré une grande précision pour le diagnostic (97,3% des patients diagnostiqués et correctement gérés). Aucune différence significative n'a été décelée entre l'IP et les médecins au sujet des blessures manquées et de gestions inappropriées. Semblable à d'autres études, l'incidence globale des lésions manquées et de la gestion inappropriée de cette étude était très faible. Pourtant, une réduction du nombre de blessures et de cas manqués ou mal gérés, peuvent être réalisables en donnant aux IP la chance de développer leurs compétences et d'organiser une formation spécifique dans l'interprétation des radiographies.</p>
Critiques personnelles	Il est dommage qu'il ne soit rien dit, sur les considérations éthiques entreprises lors de l'étude. L'article est très bien structuré et il est facile

	de retrouver les éléments qui seraient utiles à notre revue de littérature.
Bibliographie	Mason, S. Fletcher, A. McCormick, S. Perrin, J & Rigby, A. (2005). Developing assessment of Emergency Nurs Practitioner competence – a pilot study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 50,425-432.
Type d'étude	Étude pilote
Question/ But	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier l'opinion des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSSPL) à propos de leur compétence, de la valeur d'une éducation médicale continue et la forme que cela devrait prendre. • Evaluer les compétences de base des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, en utilisant l'OSCE. • Evaluer les niveaux de compétences utilisées lors des OSCE suite aux interventions éducationnelles.
Méthode	<p>Population : 17 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne travaillant dans un service d'urgence urbains.</p> <p>Méthode : Cette étude a été faite sur 10 mois. Un Objectif d'Examinations Clinique Structuré (OSCE) a été développé en coopération avec le département de médecine de l'université de Sheffield qui avait une connaissance dans le développement de ce type d'examen pour des étudiants de médecine. Pour le développer, un questionnaire a été distribué à tous les IPSSPL, il leur demandait aussi ce qu'elles pensaient à propos d'une éducation médicale continue et quelle forme cette éducation devrait prendre. Les cadres des urgences ont pu participer à l'élaboration d'un formulaire d'évaluation des secteurs cliniques importants pour une IPSSPL. Ensuite les questions potentielles ont été divisées par un médecin spécialiste en médecine d'urgence, puis distribué à d'autres auteurs pour une discussion.</p> <p>L'OSCE comportait quatre domaines testés : les compétences médicales (par des questions-réponses), les connaissances cliniques, les examens cliniques et l'évolution professionnelle (par des questions qui ne font pas forcément partie de l'instruction des IPSSPL).</p>

	<p>En tout, deux OSCE ont été développées car il ne pouvait pas évaluer tous les IPSSPL en même temps. L'OSCE a tout d'abord été effectuée par 18 médecins internes pour pouvoir établir une référence.</p> <p>L'étude a débuté avec l'OSCE en 2001 et a duré plus de 100 minutes. Elle comprenait neuf questions sur la pharmacologie, la gestion des blessures légères ainsi que six postes de compétences cliniques. Tout a été évalué par des médecins spécialistes d'urgence.</p> <p>Ensuite, ils ont développé une intervention d'éducation médicale en se basant sur les besoins qui étaient ressortis, avec le questionnaire qu'ils avaient fait passer aux IPSSPL. Le but de ces interventions était d'augmenter les connaissances médicales et cliniques afin d'assurer une évolution professionnelle. Cette intervention a pris la forme de deux journées de cours, d'une série de cours autodirigés (dans le but d'encourager les IPSSPL à présenter des cas à leurs pairs pour en discuter), ainsi que des moments passés avec un médecin cadre de l'établissement pour un cours personnalisé.</p> <p>Suite à cette intervention, les IPSSPL ont été réinvitées à participer à un OSCE en mai 2002. Pour éviter des biais, il leur avait été demandé lors du premier passage de ne pas discuter entre elles des OSCE.</p> <p>Pour finir, les participants ont pu prendre connaissance de leur score de manière individuelle avec les auteurs.</p> <p>Éthique : Ils ont été informés du but de l'étude par une fiche et ils ont dû signer une feuille de consentement. De plus, à tout moment, ils avaient la possibilité de refuser la participation.</p> <p>Limite de l'étude : Cette étude s'est limitée à un groupe d'IP dans une clinique. Les connaissances acquises ont prouvé que les compétences différaient d'après l'éducation suivie et l'endroit du Royaume Uni.</p> <p>Il a fallu du temps pour développer l'OSCE et pour le faire fonctionner correctement. Il y'a eu besoin de beaucoup de personnel spécifique pour être effectué correctement. Il a été dur de trouver du temps pour les IP car elles devaient être libérées de leur service. Cela explique peut-être</p>
--	---

	<p>pourquoi il a fallu beaucoup de temps pour compléter l'évaluation.</p> <p>Il est donc normal que pendant les 10 mois qu'a duré l'évaluation, les gens ont pu se former naturellement, puisqu'ils travaillaient dans des services.</p>
Résultats	<p>Le questionnaire distribué aux IPSSPL (n=11, 64.7%) relève un besoin en formation continue (exemple : blessure de genoux, épaule ou coude).</p> <p>Toutes les IPSSPL (r=0.3-4, m=2ans) ont complété une formation nationale « development of autonomous practice » sur une durée moyenne de 2,3 ans.</p> <p>Elles considèrent que la formation continue est de la responsabilité de la personne envers son employeur (n=10, 90%).</p> <p>Leur cours préférée était un mélange de jours d'études et de moments pratiques avec des médecins expérimentés (n=15, 65.2%).</p> <p>Pour ce qui concerne l'évaluation de leur compétence, elles ont suggéré que cela ait lieu par de la pratique en clinique, avec des médecins et des tests officiels pour terminer.</p> <p>En ce qui concerne les résultats des compétences de bases évaluées par l'OSCE, il n'y avait pas de différence entre les médecins internes qui l'avaient testé et les IPSSPL.</p> <p>Les résultats ont démontré une amélioration en ce qui concerne les résultats des IPSSPL, entre le premier OSCE et le deuxième (ic0.92, p<0.001). Cela est dû à une progression dans la partie comportant des questions, étant donné qu'il n'y a pas eu de différence dans les postes pratiques.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Selon les auteurs, un moyen de suivi et de surveillance des performances doit être mis en place comme cela existe pour les médecins.</p> <p>Pour expliquer le résultat positif aux questions lors du deuxième OSCE, ils émettent l'hypothèse que les IPSSPL étaient plus attentives et qu'elles ont pu acquérir de nouvelles compétences en étant en clinique.</p> <p>Pour ce qui concerne l'utilisation des OSCE, le feed-back a été positif. Il</p>

	<p>faut tout de même faire attention selon les auteurs car certaines IPSSPL pourraient être réticentes à participer car cela peut être intimidant. Les auteurs pensent aussi que les retours étaient positifs étant donné que l'accent était mis sur le côté éducationnel de l'OSCE, que le feed-back était individuel et qu'ils étaient à l'écoute de leurs opinions. Des problèmes pourraient apparaître si l'OSCE mettait en lumière une insuffisance chez une IPSSPL.</p> <p>Pour ce qui concerne l'éducation médicale continue, ils ont essayé d'introduire des journées d'étude mais cela a été dur à planifier à cause des besoins du service. Ils ont aussi essayé de mettre en place des moments d'auto formation à midi, mais cela n'a eu que peu de succès, du fait de la faible affluence. Ce qui a eu le plus de succès a été les cours personnalisés avec des médecins mais il était compliqué pour les IPSSPL de participer car elles devaient également effectuer des soins au même moment.</p> <p>Les OSCE représentent une bonne manière d'évaluer les connaissances mais son utilisation est limitée car elle demande du temps et beaucoup de personnel.</p> <p>Conclusion : Cette étude a fourni des renseignements utiles pour le rôle d'une évaluation OSCE dans le domaine des IPSSPL. Elle peut être utilisée comme outil d'évaluation des éducations médicales et pour évaluer l'impact d'une formation.</p>
Critiques personnel	<p>L'étude procure des résultats probants et utiles pour la revue de littérature en ce qui concerne la formation des IPSSPL et donne une manière d'évaluer les compétences des IPSSPL. Elle est aussi utile pour démontrer leurs compétences.</p> <p>Cette étude est difficile à comprendre et il existe des incohérences entre le texte et les graphiques. Elle est toutefois intéressante car elle explique comment évaluer les compétences des IPSSPL.</p>

Bibliographie	Norris, T. & Melby, V. (2006). The Acute Care Nurse Practitioner: challenging existing boundaries of emergency nurses in the United Kingdom. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 15, 253-263.
Type d'étude	Etude descriptive et exploratoire
Question/ But	<ol style="list-style-type: none"> 1) Établir les limites du rôle de l'IPPSL (infirmière en soins de première ligne) telles que perçues par les infirmières et les médecins. 2) Déterminer les opinions des infirmières et des médecins sur l'introduction potentielle d'un service d'IP aux urgences.
Méthode	<p>Population : 207 infirmières et médecins ont été sélectionnés de manière aléatoire et homogène aux seins de 7 des 18 départements d'urgences et d'unités de blessures mineures d'Irlande du nord.</p> <p>Sur ce nombre, 19 médecins et 79 infirmières ont renvoyé le questionnaire.</p> <p>Puis ils ont sélectionné 4 infirmières et 2 médecins en raison de leurs réponses développées aux questions ouvertes pour les interviewer.</p> <p>Méthode : Pour la première partie de l'enquête, les auteurs ont utilisé un questionnaire avec des questions ouvertes, qui a été construit en suivant une critique de la littérature, ainsi qu'en utilisant des outils déjà utilisés pour évaluer ce sujet.</p> <p>Dans la deuxième partie de l'enquête, ils ont organisé des entretiens semi-structurés pour approfondir les réponses du questionnaire sur une durée de 20 minutes. Pour cela, ils ont choisi 6 participants qui avaient le plus développé leur réponse pour les interviewer. Cela a offert aux 6 sélectionnés la possibilité d'exprimer leurs points de vue d'une manière ouverte et de permettre le développement d'un rapport de proximité. Ce rapport leur a permis d'exprimer leurs opinions réels et aux chercheurs d'approfondir les découvertes liées aux questionnaires. Les interviews ont été retranscrites, relues plusieurs fois, puis analysées selon l'approche systématique de Burnard (1991)</p>

	<p>Ethique : L’approbation éthique du comité d’éthique de l’université et un consentement informé de chaque interviewé a été obtenu.</p> <p>Limitations : Un taux de retour de 47% a été jugé raisonnable puisqu’une étude par questionnaire similaire avait obtenu un taux de réponse de 50%. Si l'utilisation d’un échantillonnage délibéré pour les interviews a permis aux chercheurs d'acquérir une meilleure compréhension de la perception par le personnel des soins d'urgences sur la question des IPSI, elle limite les généralisations qui pourraient être faites à partir de ces mêmes résultats. Il est également possible que les personnes sélectionnées aient pu avoir des opinions particulièrement marquées ce qui ne seraient pas représentatif.</p>
Résultats	<p><u>Expérience et qualification :</u> Le 50% des participants ont estimé qu’une IP se devrait d’avoir au moins cinq ans d’expérience aux urgences avant d’entreprendre une formation d’IP spécialisée.</p> <p>Pour le 55% des participants il était important que l’IP ait obtenu une qualification d’infirmière praticienne spécialisée (peu de différence entre les médecins et les infirmières).</p> <p><u>Niveau de formation :</u> 77 participants (78.6%) ont estimé que la formation MIMMS/PHLS (Major Incident Medical Management and Support Course/ Pre-hospital Life Support) n’était pas un pré requis pour ce rôle et 79 participants (80.6%) ont indiqué que la qualification MSc (master of science) était superflue. Une légère différence ($P = 0.033$) existait entre les médecins et les infirmières sur la question de l’importance du MSc.</p> <p><u>Rôle :</u> Une majorité importante des répondants ont suggéré que le rôle le plus important de l’IP était clinique. Les médecins ont attribué une importance plus grande à la recherche et au management que ce qu’ont attribué les infirmières (recherche $P = 0.001$; management $P = 0.022$).</p> <p><u>Facteurs les plus importants à leur introduction :</u> Le support des médecins d’urgences (80.6%) et la connaissance du rôle et de sa portée (52%) ont été identifiés en tant que facteurs les plus importants.</p>

	<p><u>Les compétences cliniques devant être réalisées par l'IP :</u> Les trois compétences les mieux notées étaient (mise en place de voies veineuses et demandes d'examens de laboratoire// demandes de radios et interprétations// sutures) et les 3 moins bien notées étaient (mesures des gaz du sang et interprétations// poses et retraits des drains thoraciques// ponctions de la plèvre). Il n'y a pas eu de différences d'opinion significatives entre les infirmières et les médecins sur les différentes compétences possibles, même si les médecins ont accordé une importance moins marquée à l'interprétation de résultats de laboratoire ($P = 0.000$), d'échographies ($P = 0.011$) et à la prescription de médicaments ($P = 0.031$) en tant que partie du rôle de l'IP.</p> <p><u>Difficulté lors de la mise en place de ce rôle :</u> les conflits interprofessionnels et l'autonomie du rôle.</p>
Discussion/ Conclusion	<p><u>Expérience et qualification :</u> Les résultats obtenus sur le fait que les sondés estiment qu'il faut 5 ans d'expérience avant de faire la formation IP sont confirmés par les auteurs et par les standards actuels de la pratique avancée aux USA et au Canada.</p> <p>Les auteurs estiment qu'une qualification d'IP aux urgences assurerait leur crédibilité vis-à-vis des collègues du domaine médical, mais pas tout le monde ne pense que cette formation serait nécessaire. Pour certains auteurs, une telle ambiguïté est la conséquence de l'incapacité actuelle des corps professionnels de reconnaître et de se mettre d'accord sur les standards et la formation nécessaire à une pratique avancée.</p> <p>La formation professionnelle reste importante, qu'elle prenne la forme d'une formation au sein du service ou de cours donnés dans une université.</p> <p>Pour certains auteurs, l'IP doit avoir un Master tandis que d'autre pense que cela pourrait diminuer l'efficacité des collègues infirmières généralistes. Ce manque de consensus et le manque de littérature sur ce thème explique que seuls 20% des répondants ont estimé qu'une qualification MSc était essentielle.</p>

	<p><u>Rôle</u> : Les résultats obtenus soutiennent les résultats déjà connus par d'autres recherches et démontrent que les IP devraient surtout avoir des attributions cliniques.</p> <p><u>Difficulté lors de la mise en place de ce rôle</u> :</p> <p><i>Difficulté n°1 (conflits interprofessionnels)</i></p> <p>Le thème principal identifié à partir des données d'interview a été les conflits interprofessionnels. Certains auteurs expliquent que les conflits interprofessionnels seraient dû à l'environnement (plus il est stressant, plus il y a de tensions) (quand il y a un nouveau service ou un changement, il y a de fausses idées ce qui entraîne des conflits).</p> <p>Dans cette étude, les infirmières ont perçu un conflit évident entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire des soins d'urgences (<u>médecins /infirmiers</u>). Selon une infirmière, les médecins ont peur des IP, donc ils créaient la plupart des obstacles. Une autre infirmière pense qu'ils sont le résultat d'un conflit de pouvoir. Un médecin dit que les infirmières étaient une ressource sous-utilisée, ce qui suggère de fait, que les médecins ne constitueraient pas un obstacle à de tels développements.</p> <p>Ce conflit est expliqué par la littérature par un brouillage des frontières entre ces deux professions, qui a été initié par des infirmières expérimentées dans leurs spécialités qui ne parvenaient pas à observer les limites de leur rôle. Une autre explication serait le changement de la perception des infirmières en raison de leur niveau de formation plus élevé. De plus, les infirmières perçoivent la collaboration interprofessionnelle de manière plus négative que les médecins (ex : facteur de stress majeur). En dernier lieu, il semblerait que les jeunes médecins respectent plus les infirmières.</p> <p>Plusieurs infirmières rapportent des conflits avec des radiologues, ces derniers refusant de faire des radios si cela venait d'une IP, tandis qu'ils le font à présent. Elles estiment que cela était dû au fait qu'ils les croyaient incapables d'interpréter les résultats et que cela pouvait provoquer un temps d'attente prolongée et des douleurs supplémentaires</p>
--	---

	<p>pour le patient. Elles pensent que cela est une question de pouvoir. Cela est appuyé dans une étude qui démontre que pour les infirmières, les radiologues ont représenté l'un des obstacles majeurs à l'expansion et au développement de leur rôle.</p> <p>Les conflits au sein du personnel infirmier ont aussi eu lieu. Une infirmière estime que ces conflits proviennent de jalousies, à des promotions au sein du service ou que certaines infirmières ont pu se sentir menacées par ces nouvelles infirmières. La littérature explique ce type de conflit par des conflits de génération.</p> <p><i>Difficulté n°2 (autonomie)</i></p> <p>Le deuxième thème identifié à partir des données d'entrevues a été l'autonomie. Les participants ont identifié certaines contraintes à la pratique autonome liées au fait que le rôle de l'IP empiète sur le rôle traditionnel du médecin.</p> <p>Certains répondants estiment que le rôle de l'IP pourrait renforcer l'autonomie, certains estiment que ce ne serait pas le cas.</p> <p>Certaines personnes interrogées pensent que l'IP serait moins autonome en raison de son champ d'application élargi, ce qui demanderait plus de supervision et de conseils du personnel médical.</p> <p>Selon la littérature, les infirmières travaillant dans les services d'urgence avec les patients présentant des problèmes majeurs ne sont pas plus autonomes que les infirmières travaillant dans des rôles traditionnels.</p> <p>Toujours selon la littérature, il y a trois variables qui diminuent l'autonomie. 1) un management autocratique non-conciliant, 2) les médecins et 3) la charge de travail, ce qui corrobore le fait que les médecins étaient peu disposés à laisser les infirmières entreprendre des tâches plus avancées, telles que la prise et l'interprétation des gaz du sang artériel, ainsi que l'insertion et le retrait de drains.</p> <p>Un médecin dit qu'il est favorable à ce rôle infirmier, mais que l'appui des cadres infirmiers supérieurs est nécessaire et que la poussée doit venir du côté des soins infirmiers. Il pense que si cette poussée est</p>
--	---

	<p>présente, alors elle se devrait d’être encouragée et soutenue par le côté médical.</p> <p>Les infirmières de l’étude ont affirmé qu’elles voulaient vraiment devenir des praticiennes autonomes et elles ont associé cela à une meilleure qualité des soins aux patients.</p> <p>Les médecins de l’étude, en générale, ne sont pas contre cette autonomie mais disent que les compétences des IP doivent démontrer à la fois de la sécurité et de l'efficacité. Si elles peuvent effectuer des traitements aussi bien qu’un médecin et qu’elles peuvent le prouver, une norme minimale de soins doit être assurée.</p> <p><u>La nécessité du rôle :</u> Les infirmières et les médecins ont identifié des besoins pour ce rôle. De nombreuses raisons ont été avancées, telles que le nouveau contrat de médecin généraliste, la baisse des heures des médecins internes ainsi qu’un changement dans les contrats des médecins, ce qui entraîne moins de temps passé au sein des départements d'urgences. Un médecin a donc estimé que le rôle de l'infirmière devrait inévitablement se développer. Il a en outre suggéré que la formation d’IP actuelle était trop axée sur les blessures mineures, suggérant que les infirmières devraient être formées à évaluer et à traiter les patients présentant des problèmes aussi bien mineurs que majeurs. Une charge de travail accrue pour le personnel d'urgence avec comme conséquence un temps d’attente accru pour les patients a aussi été identifiée en tant que raison pour laquelle un service avec des IP pourrait s’avérer positif. Un médecin a estimé qu’il était essentiel que les compétences des infirmières d'urgence soient utilisées plus pleinement.</p> <p>Conclusion : Cette étude a confirmé que les infirmières et les médecins voient bel et bien un besoin pour le rôle d’IP et se montrent prudemment favorables à l'introduction de cette dernière, bien que les médecins se soient montrés plus réticents à accepter que les infirmières puissent être autorisées à entreprendre certaines compétences avancées. La perception des infirmières si les médecins n’avaient pas d’objections (et par conséquent ne constitueraient pas un obstacle) n’a pas été confirmée par</p>
--	---

	<p>les données obtenues au sein de cette étude. Pour une introduction réussie d'un service d'IP, il faut traiter les questions liées à l'autonomie du rôle ainsi que celles liées potentiellement aux conflits interprofessionnels.</p>
Critique personnel	<p>L'étude procure des résultats probants et utiles pour la revue de littérature en ce qui concerne les opinions des infirmières et des médecins sur le rôle d'IP. Cette étude amène des éléments intéressants concernant la formation, les compétences, les freins et les facteurs favorisant leur emploi. Les chercheurs sont conscients des limites de l'étude, ce qui est positif. Nous pensons que la limite principale de cette étude est le faible échantillon qu'ils ont utilisé pour les interviews, ainsi que la limitation géographique.</p>

Bibliographie	Sakr, M. Kendall, R. Angus, J. Saunders, A. Nicholl, J. & Wardrope, J. (2003). Emergency nurse practitioners: a three part study in clinical and cost effectiveness. <i>Emergency Medicine Journal</i> , 20, 158–163.
Type d'étude	Etude prospective randomisée.
Question/ But	Le but de cet article est de voir l'efficacité en clinique des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne et le rapport coût-efficacité en comparaison à des modèles de soins plus traditionnels.
Méthode	<p>Lieu : Cette étude a eu lieu à Sheffield (Royaume Uni) où suite à une réorganisation des urgences, le service d'accident et d'urgences de l'hôpital Royal d'Hallamshire a été fermé et remplacé par une unité de blessures mineures dirigée par des infirmières praticiennes qui travaillaient en même temps dans l'hôpital Général du Nord.</p> <p>Population pour l'efficacité clinique : Le premier échantillon était composé de 1447 patients avec des blessures mineures dans le service d'accidents et d'urgences (médecin) entre le 7 août au 19 novembre 1996.</p> <p>Le deuxième échantillon était composé de 1315 patients avec des blessures légères appartenant à l'unité des blessures mineures (infirmière praticienne) entre le 1 septembre 1997 et le 31 janvier 1998.</p> <p>Méthodologie concernant l'efficacité clinique : Les deux échantillons ont été soumis à un double examen (après avoir été vus par un médecin ou une infirmière, les patients étaient vus par un des chercheurs). Les chercheurs ont utilisé des formulaires d'entrée préconçue, basés sur les critères et les règles de décisions du service. Les soignants n'étaient pas mis au courant des résultats de l'évaluation et le chercheur n'interférait pas dans la prise en charge.</p> <p>Chaque partie de la prise en charge était analysée (l'historique de la blessure, l'historique médical précédant, l'auscultation, le besoin de radiographie, l'interprétation des radiographies, le traitement et le plan de soin évolutif). Le temps d'attente pour voir le clinicien et le temps d'attente du service ont aussi été relevés.</p>

À la fin de l'étude, le chercheur a comparé « l'évaluation du chercheur » avec « l'évaluation clinique » enregistrée dans les dossiers du service d'accidents et d'urgences. En ce qui concerne l'interprétation des radios, elles ont été jugées en comparaison avec le rapport du radiologue. Les erreurs étaient jugées « cliniquement insignifiantes » si les soignants avaient oublié de demander une information et que la réponse n'aurait rien changé à la prise en charge. Pour eux une erreur était « cliniquement significative » si le traitement avait été différent si l'erreur n'avait pas été faite et une erreur était jugée comme « très grave » s'il y avait un haut risque de conséquences négatives pour le patient.

Méthodologie sur l'étude des coûts : Par chance pour les chercheurs, les 2 hôpitaux avaient harmonisé leur système de comptabilité en 1996. Les coûts de fonctionnement du service d'accidents et urgences pour la période allant d'avril 1996 à la fin mars 1997 ont été pris en charge. En ce qui concerne l'unité des blessures légères, les coûts annuels du service ont été calculés à partir des coûts pour une durée de onze mois, allant de la période de mai 1997 à mars 1998, étant donné que ce service avait ouvert le 1 mai 1997. La comptabilité a été vérifiée pour s'assurer de sa justesse. Les coûts pour l'unité d'accidents et d'urgences ont été corrigés pour tenir compte de l'inflation. Les coûts incluaient les coûts des équipes, des examens comme des radiographies, les médicaments et les articles jetables.

Les coûts de traitement des cas plus complexes sont plus élevés que ceux des patients avec des problèmes peu graves. Pour cela, différentes méthodes ont été utilisées pour corriger l'utilisation des ressources du service pour les différents groupes de patients. Dans ce but, le service d'information du Service de Soins National a créé un groupe de ressources pour les soins médicaux (GRS) comme un dispositif de décharge. Le GRS a choisi un multiplicateur à appliquer aux nombreux nouveaux patients appartenant à un service et dont la différence devait être corrigée pour la différence de gravité (case mix). Le multiplicateur utilisé et la méthode ont été : cas mineur renvoyé à la maison 0.75,

	<p>référé à la clinique 0.91, admis 1.74 et mort 2.31 et autres 0.56. Cela permet de calculer un salaire « coût par unité de charge de travail ». Ces coûts incluaient les coûts des examens, des traitements et le coût des patients revus à l'intérieur de chaque service.</p> <p>Les conséquences des coûts des suivis des soins planifiés ont été évaluées de la manière suivante : la base de données fournissait des détails sur les dispositions du suivi des patients désignés. La base de données a été filtrée pour fournir un ensemble de données concernant les patients avec des blessures mineures. La collecte des données pour le codage systématique est clairement divisée en section « blessure » et « non-blessure ». Ils ont sélectionné les patients avec le code « blessure » dans les deux unités, mais ils ont exclu ceux amenés en ambulance.</p> <p>Le taux de suivi pour la pratique générale, pour la clinique ambulatoire, pour l'unité des blessures légères et pour le service d'accidents et d'urgences ont été obtenus. Les coûts estimés pour chaque clinique ont été obtenus à partir des données comptables des hôpitaux et à partir des données précédemment publiées pour les praticiens généralistes. Cela a ensuite permis le calcul des coûts de suivi supplémentaire par patient avec des blessures légères.</p> <p>Faiblesses de l'étude sur l'efficacité : L'étude idéale aurait passé en revue chaque patient à 28 jours pour évaluer les résultats, ce qui n'était pas possible pour un nombre si élevé de patients.</p> <p>Une source significative de biais dans l'étude sur l'efficacité était que les chercheurs n'étaient pas aveugles sur le type d'unité</p> <p>L'équipe du service d'accidents et d'urgences avait la possibilité de demander l'opinion d'un responsable médical sur le site alors que l'équipe infirmière n'avait pas cette facilité.</p> <p>Faiblesses de l'étude sur les coûts : Les faiblesses de l'étude sur les coûts sont que le « coût par cas léger » était dérivé et non pas obtenu par un calcul « bottom up ». Les chercheurs n'avaient pas la main-d'œuvre</p>
--	--

	<p>pour faire une étude d'observation si détaillée.</p> <p>L'outil GRS de comparaison des coûts a été amélioré très récemment, mais cette méthode n'était pas encore disponible au début de l'étude.</p>
Résultats	<p><u>L'efficacité</u> : Pour certains patients, plus d'une erreur a été faite. Une découverte significative est que les infirmières praticiennes ont été meilleures pour enregistrer l'historique médical.</p> <p>Les deux groupes ont eu besoin de plusieurs radiographies en plus, que ce que les chercheurs jugeaient nécessaire. Il n'y avait pas de différence dans la justesse de l'interprétation radiologique ou le traitement. Le suivi était néanmoins inapproprié pour 3.2% des patients du service d'unité de blessures légères et 3.3% des patients du service d'accidents et d'urgences.</p> <p>Il n'y a eu qu'une seule erreur très grave, une blessure manquée au tendon dans le groupe du service d'accidents et d'urgences. Les temps d'attente ont été bien meilleurs dans le groupe du service d'unité de blessures légères. Le temps d'attente moyen pour les patient, se présentant à l'unité de blessures légères était de 19 minutes alors que celui des patients se présentant au service d'accidents et d'urgences était de 56.4 minutes. Le temps total passé dans le service a aussi été plus court pour les patients se présentant au service d'unité de blessures légères : en moyenne 51.5 minutes comparé aux 95.4 minutes pour le service d'accidents et d'urgences.</p> <p><u>Les coûts</u> : Après avoir appliqué le multiplicateur, le nombre d'unité de charge de travail était de 34'751 pour le service d'accidents et d'urgences et de 11'329 pour l'unité de blessures légères. Le coût par unité de charge de travail était de 40,01£ dans le service d'accidents et d'urgences et de 41,10£ dans l'unité de blessures légères en utilisant la méthode du GRS.</p> <p>En appliquant le filtre des blessures légères, il restait 17'909 patients pour le service d'accidents et d'urgences et 11'889 patients dans l'unité de blessures légères. L'analyse des résultats montre les différences de la</p>

	<p>population (case mix) avec plus de blessures tête/cou/tronc pour le service d'accidents et d'urgences et plus de blessures à la main dans l'unité de blessures légères. L'unité de blessures légères a vu plus de coupures et moins d'entorses et de déchirures que le service d'accidents et d'urgences.</p> <p>Les coûts des suivis de ces patients ont été calculés pour toutes les cliniques et il y avait une augmentation significative en ce qui concernait le suivi chez des généralistes, dans des cliniques pour des fractures et dans les urgences ophtalmique, pour les patients ayant été traités par l'unité de blessures légères. De plus, plusieurs patients de ce département ont été adressés au service d'accidents et d'urgences. Les coûts de ces suivis ont été inclus dans le revenu total, ce qui a permis de créer un coût total de référence pour chaque unité étudiée et à la création d'une moyenne de coût par cas.</p> <p>Les coûts de suivis annuels totaux sont de 144'730£ pour l'unité de blessures légères, ce qui correspond à 12,7£ par cas, tandis que les coûts de suivis totaux dans le service d'accidents et d'urgences sont de 164'923£ ou 9,66£ par patient.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion :</p> <p><u>La qualité :</u> Cette étude montre que les soins pratiqués par les infirmières praticiennes spécialisées en soin de première ligne étaient tout aussi bons que ceux des médecins.</p> <p>Les taux d'erreurs pour l'ensemble des soins montrent significativement moins d'erreurs de procédures pour les patients de l'unité de blessures légères (sig=0.003). Il y avait des différences entre les infirmières praticiennes et les médecins. L'historique passé était plus fréquemment enregistré par les infirmiers tandis que les médecins du service d'accidents et d'urgences semblent avoir fait moins d'erreurs lors des examens, mais cela n'a pas atteint un niveau statistiquement significatif (sig=0.075). Il n'y avait aucune différence dans les demandes de radiographies ou dans les interprétations. Les erreurs de traitement étaient les mêmes dans les deux groupes. Les infirmières avaient prévu</p>

	<p>plus de suivi, mais cela avait été jugé approprié la plupart du temps par les chercheurs. Le manque d'opinion disponible des responsables du service dans l'unité de blessures légères signifiait que l'équipe infirmière agissait de manière sûre en demandant des examens plus approfondis.</p> <p>Les temps d'attente étaient beaucoup plus courts dans l'unité de blessures légères.</p> <p><u>Les coûts</u>: L'étude sur les coûts était importante, car certains percevaient que les soins d'un service d'UBM étaient moins chers que ceux d'un service d'A&U. Il était difficile de faire une comparaison directe des coûts entre les deux groupes, étant donné la différence de charge de travail (case mix). Mais en utilisant les calculs expliqués dans la méthodologie, cela a été possible. Les coûts étaient presque égaux mais ceux du service d'accidents et d'urgences étaient légèrement moins élevés. D'un autre côté, le temps d'attente pour l'unité de blessures légères était bien meilleur. Ainsi, une partie des coûts supplémentaires est probablement le résultat d'une meilleure qualité. De la même manière, les conditions de travail moins stressantes du service d'UBM permettaient de passer plus de temps avec les patients, d'avoir de meilleurs relevés de l'historique et d'avoir de meilleurs plans de suivi. Ces résultats sont en faveur de l'utilisation des infirmières dans les soins de base où ils ont tendance à passer plus de temps avec les patients et à faire moins d'erreurs de procédures.</p> <p>Les coûts du service d'accidents et d'urgences inclus les étudiants hospitaliers, l'équipe de consultants et pour cette raison, il y a un accès facile aux conseils médicaux des responsables dans ce groupe. Cela pourrait expliquer le taux de suivi plus bas des patients dans le service d'accidents et d'urgences. L'étude n'examine pas certain bénéfice qui pourrait découler d'un service d'infirmières tel que l'augmentation des connaissances des patients.</p> <p>Le taux de suivi pour les patients de l'unité de blessures légères était plus haut que celui du service d'accidents et d'urgences. Une partie de</p>
--	--

	<p>ces suivis était dans l'unité de blessure légère, donc les coûts sont restés contenus dans ce service. Quoi qu'il en soit, il y a une augmentation des coûts en ce qui concerne le suivi. Le travail précédant des chercheurs montrait que l'équipe d'étudiants du service d'accidents et d'urgences avait un plus haut taux de suivis non planifiés que les infirmiers, peut-être que cela indiquait une réticence à prévoir un suivi lorsque celui-ci était nécessaire. Les chercheurs ont été incapables d'évaluer si les suivis non planifiés étaient plus nombreux dans le groupe du service d'accidents et d'urgences dans cette étude.</p> <p>Conclusion : Les infirmières travaillant dans l'unité de blessures légères administrent des soins sûrs. Les coûts étaient plus grands, mais les mesures de qualité comme le temps d'attente étaient meilleures. Il y avait des coûts supplémentaires que l'on pouvait attribuer et argumenter par le taux de suivis, bien que cela pourrait indiquer une meilleure qualité des soins et prévenait le besoin de suivis non planifiés qui a été observé chez les patients traités par l'équipe étudiante du service d'accidents et d'urgences.</p>
Critiques personnel	<p>L'étude procure des résultats probants et utiles pour la revue de littérature en ce qui concerne le rapport coûts-efficacité. De plus, c'est la seule étude que nous avons trouvée qui parlait des coûts.</p> <p>Nous relevons que cette étude a quelques limites :</p> <p>Les comparaisons des coûts sont les résultats de calcul.</p> <p>Le financement des soins est propre à chaque pays donc les résultats ne sont pas généralisables.</p> <p>Les internes avaient accès aux conseils de médecins urgentistes ce que n'avaient pas les IP.</p>

Bibliographie	Sandhu, H. Dale, J. Stallard, N. Crouch, R. & Glucksman, E. (2009). Emergency nurse practitioners and doctors consulting with patients in an emergency department: a comparison of communication skills and satisfaction. <i>Emergency Medicine Journal</i> , 26, 400-404.
Type d'étude	Etude qualitative non expérimentale descriptive comparative randomisée.
Question/ But	<p>Le but de cette étude était de mener une analyse en profondeur des consultations faites par les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSSPL) et de les comparer à celles faites par les médecins des départements d'urgences et des généralistes. Pour cela, ils ont examiné les trois points suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comparer les contenus et les temps des consultations. 2) Evaluer la satisfaction des patients après leur entretien. 3) Evaluer la satisfaction des soignants après la consultation.
Méthode	<p>Population : C'est une enquête qui a eu lieu dans un service d'urgence d'une ville au Royaume-Uni, qui gère une population socialement défavorisée et multiethnique.</p> <p>Pour ce qui concerne les soignants, 35 sur 44 ont participé (80%). 10/13 internes, 7/11 médecins spécialistes, 12/14 généralistes et 6 IPSSPL. 22/35 étaient des hommes (62,9%) et ils étaient présents dans chaque groupe.</p> <p>Pour ce qui concerne les patients, ils présentaient tous des symptômes de types mineurs, qui ne demandaient pas d'attention urgente. 349/462 (75,5%) ont accepté de participer. 296/349 (84,4%) patient ont été utilisés pour réaliser un échantillon.</p> <p>Instrument de collecte des données : Un questionnaire de satisfaction « Physician and Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) » rempli à l'issue de l'entretien a été choisis comme mesure de la qualité des soins. C'est un questionnaire validé. Il est composé de 5 items qui mesuraient l'implication dans la consultation, les informations données et reçues, le</p>

	<p>support émotionnel accordé et reçu et la qualité de l'interaction.</p> <p>Les consultations filmées ont été décodées en utilisant « Rothers Interaction Analysis System (RIAS) » par 3 chercheurs qui se sont entraînés et qui l'ont testé lors d'un processus d'encodage. Cela a permis une analyse systématique de l'utilisation de la parole en 4 grandes catégories : conseil et éducation au patient, collecte des informations, construction d'une relation et activation et partenariat.</p> <p>Déroulement : Les consultations ont été enregistrées pendant une période de 4 mois (de mai à août 2005)</p> <p>Pour tous les soignants, sur le nombre total d'enregistrements vidéo consultés, 10 ont été sélectionnés de manière randomisée et classés par genres, âge et motif de visite du patient. Cela dans le but de diminuer au maximum la sensation d'observation qui aurait pu biaiser l'analyse.</p> <p>Tous les patients qui ont participé ont été approchés par un assistant de recherche.</p> <p>Les assistants de recherche ont utilisé les instruments de collectes cités plus haut pour analyser les résultats.</p> <p>Ethique : Pour ce qui concerne l'éthique, elle est totalement respectée, étant donné que les patients qui présentaient une impossibilité de donner un consentement clair ont été exclus (langue, confusion mentale). Pour ce qui concerne les patients sélectionnés, ils ont bénéficié d'une explication orale, d'une feuille d'explication et d'un document de consentement à la participation.</p> <p>Considérations méthodologiques : L'un des points fort de l'étude est qu'elle illustre les consultations quotidiennes dans les départements d'urgences, à l'inverse des études qui étudient les capacités de consultations en utilisant des patients simulés. Bien que certaines modifications dans l'attitude des praticiens aient pue être provoquées par le fait de savoir qu'ils étaient filmés, le processus a été ajusté pour minimiser cet effet. Cependant, les applications de cette étude sont limitées par le fait que les données aient été collectées dans un seul</p>
--	--

	<p>département et par le fait que le nombre de cliniciens inclus était relativement faible. Pour mieux tester la généralisation et les caractéristiques, comme les différences dans les styles de consultation en relation avec la qualité de soin prodiguée, il est indispensable qu'une étude soit réalisée à plus grande échelle avec une collecte de données dans plusieurs départements.</p>
Résultats	<p><u>Temps de consultation</u> : La moyenne de temps par consultation était de 692,7 secondes. On a observé que les consultations étaient plus courtes avec des enfants et avec les patients blessés. Elles étaient aussi légèrement plus courtes chez les généralistes et les infirmières praticiennes que chez les internes et les spécialistes</p> <p><u>La communication chez les cliniciens</u> : Le nombre de paroles prononcées relatives à la collecte de données, à la construction d'une relation et au partenariat n'étaient pas différents entre les infirmières praticiennes et les 3 types de médecins ($p=0,378$, $p=0,368$, $p=0,703$). En revanche les internes ($m\ 9.35$, $r\ 0-34$; $p<0.001$) ont posé plus de questions ouvertes relatives aux questions médicales, tout comme les spécialistes (moyenne 8,38, rang 1-31 ; $p<0.001$) que les IP ($m\ 4.57$, $r\ 0-23$). Les infirmières praticiennes ($m\ 2.48$, $r\ 0-7$) ont posé plus de questions ouvertes sur les régimes thérapeutiques que les 3 types de médecins (internes : $m\ 1.80$, $r\ 0-8$; $p<0.05$/spécialistes : $m\ 1.33$, $r\ 0-4$; $p<0.001$/ généralistes : $m\ 0.99$, rang 0-5 ; $p<0.001$). Les internistes ($m\ 28.7$, $r\ 2-85$) ont demandé de manière bien plus significative, l'acceptation des patients et ont plus recherché la compréhension de leurs patients durant la consultation que les IP ($m\ 22.2$, $r\ 5-70$; $p<0.05$).</p> <p>Les spécialistes ($m\ 2.6$, $r\ 0-23$) font plus état de leurs désaccords avec les informations, les idées ou les opinions données par le patient durant la consultation que les IP ($m\ 0.41$, $r\ 0-3$; $p<0.05$).</p> <p><u>Conversation au sujet de « l'activation et le partenariat »</u> : Les consultations des internistes ($m\ 21.9$, $r\ 2-61$) incluait plus de phrases qui contrôlaient la bonne compréhension du patient que les IP ($m\ 13.1$, $r\ 0-40$; $p<0.001$). Les internistes ($m\ 2.14$, $r\ 0-14$) ont également plus</p>

	<p>fréquemment demandé leur avis aux patients que les IP (m 1.04, r 0-5 ; $p < 0.001$). Les consultations des spécialistes incluait plus de paroles qui questionnaient le patient au sujet de sa compréhension que les IP (m 9.65, r 0-32 contre m 5.39, r 0-32 ; $p < 0.001$).</p> <p><u>Conversation relative à l'éducation du patient :</u> Le nombre de phrases relatives à ce paramètre était significativement plus important pour les médecins généralistes (m 38.1, 95% IC 25.2 à 57.5) et les IP (m 33.2, 95% IC 17.3 à 63.8) que pour les internistes (m 13.6, 95% IC 8.6 à 21.4); les spécialistes ne différaient pas significativement d'un autre groupe. Les tests ont montré que les IP (m 12.04, r 0-41) donnaient significativement plus d'informations concernant le régime thérapeutique que les internistes (m 9.22, r 0-34).</p> <p><u>Satisfaction des patients et des cliniciens consultants :</u> La satisfaction était généralement meilleure pour les patients que pour les soignants. Les patients des internistes étaient légèrement moins satisfaits que dans les autres groupes, les points faibles étant la satisfaction générale et les informations qui leur ont été données. Il existe une relation significative entre le taux de satisfaction maximum des patients avec « la participation active », le nombre de phrases pour « construire une relation » ($p = 0,001$) et « l'activation et le partenariat » ($p = 0,019$). Il existe aussi une relation entre le taux de satisfaction, l'« adéquation des informations », « l'offre d'un support émotionnel » et le nombre de phrases prononcées, classées dans la catégorie « construire une relation » ($p = 0.05$).</p> <p>Aucun rapport entre la satisfaction du patient, le sexe du soignant, le fait d'être blessé ou non, la longueur de la consultation, l'âge du patient ou les caractéristiques du discours du clinicien n'a pu être mis en évidence.</p> <p>Il y a eu des différences statistiquement significatives entre les différents groupes de cliniciens concernant tous les scores d'autosatisfactions. Les médecins généralistes avaient globalement tendance à être moins satisfaits de leur consultation que dans les autres groupes, les IP étant généralement les plus satisfaites.</p>
--	--

<p>Discussion/ Conclusion</p>	<p>Discussion : Cette étude prouve que l'évaluation et les conseils que les patients reçoivent dans un département d'urgence peuvent dépendre du grade et du type de clinicien qui supervise la consultation. (ex : les IP se focalisent plus sur la transmission d'informations au patient et poussent plus les patients dans un processus d'auto-décision, ce qui a aussi été démontré dans d'autres recherches. En contraste, les internes avaient plus tendances à encourager le patient à participer à l'entretien via des contrôles réguliers de leur bonne compréhension et en lui demandant leur avis).</p> <p>De précédentes études ont aussi démontré que les IP avaient un temps de consultation plus important, mais cela n'est pas ressorti dans cette étude. Les IP, tout comme les généralistes, ont attaché plus d'importance que les internistes et les spécialistes à éduquer et à conseiller le patient, ainsi qu'à leur donner des conseils relatifs à leur régime thérapeutique (inclus les discussions au sujet des plans de traitement). Le fait de donner des informations dans les départements d'urgences a montré que cela aidait les patients à comprendre leur condition et à participer avec succès à la prise de décision. Cela a également été associé à une augmentation de la satisfaction du patient. Dans cette étude, l'association entre ces 2 paramètres était claire et a démontré que la satisfaction des patients qui avaient été suivis par une IP était plus importante que dans le cas de patients vus par des internistes. Les IP ont montré également un plus haut niveau de satisfaction par rapport à leur consultation que les médecins, en particulier en termes d'adéquation d'informations données aux patients, de support émotionnel et de satisfaction globale. La recherche suggère que les IP trouvent leur rôle gratifiant et stimulant et qu'elles ont un haut niveau global de satisfaction de leur travail. La familiarité et une plus grande expérience pratique dans les départements d'urgences peuvent aussi influencer les niveaux de satisfaction, à savoir que dans l'étude, les IP ont souvent travaillé plus longtemps que les médecins dans le cadre des soins d'urgences. De plus, il se peut que la satisfaction des médecins</p>
-----------------------------------	--

	<p>urgentistes soit en corrélation avec la gravité des blessures ou des maladies des patients.</p> <p>Conclusion : Comparées aux médecins des départements d'urgence, les IP prodiguent plus de conseils d'éducation auprès des patients, en particulier en relation avec leur régime thérapeutique. Dans cette logique, leur style de consultation semblait similaire à celui des généralistes. Cependant, les internistes ont plus encouragé les patients à participer à la consultation, en contrôlant leur compréhension plus souvent. Bien que les taux de satisfaction soient globalement hauts, il est apparu qu'ils ont été plus satisfaits lors des entretiens avec les IP qu'avec les consultations menées par les internistes.</p>
Critiques personnel	<p>L'étude procure des résultats probants et utiles pour la revue de littérature en ce qui concerne le contenu de la relation soigné-soignant ainsi que sur la satisfaction des patients. Ce qui est positif, c'est que les chercheurs sont conscients des limites de l'étude et que cette étude est facile à comprendre.</p>

Bibliographie	Steiner, I Blitz, S. Nichols, D. Harley, D. Sharma, L. (2007). Introducing a nurse practitioner into an urban Canadian emergency department. <i>Canadian Journal of Emergency Medicine</i> , 10(4), 355-363
Type d'étude	Etude descriptive
Question/ But	<p>Lorsque l'on considère, comment les infirmières praticiennes (IP) peuvent être intégrées dans des équipes multidisciplinaires des urgences, il est important de déterminer si elles doivent avoir un rayon d'action autonome ou si elles doivent travailler avec des médecins urgentistes dans un modèle plutôt collaboratif.</p> <p>Les médecins urgentistes (MU) du Centre ont obtenu un soutien du Medical Services Development and Innovation Fund afin de créer un modèle de service d'urgence qui optimise l'engagement des MU en ajoutant des IP à des équipes multidisciplinaires de MU. Les IP doivent aider à identifier, développer et utiliser des alternatives au travail des MU pour des cas cliniques adaptés. L'approche dans le développement du rayon d'action des IP diffère dans celle prise dans d'autres pays où les IP, aux urgences, sont limitées à un certain type de patients. L'hypothèse est que l'IP soit complètement autonome ou complètement collaborative, ou les deux dans le contexte de tous les patients des urgences. Les attentes des auteurs étaient d'élargir le rayon d'action des IP au-delà des limites établies.</p>
Méthode	<p>Population : Le Northeast Community Health Center (le « Centre ») est un centre communautaire de soins primaires attaché à une unité d'urgences indépendante qui fournit des soins d'urgence à 46'000 individus chaque année.</p> <p>Malgré le fait que le département des urgences du centre fourni des soins à des patients de tous les 5 stades d'acuités (CTAS – Canadian Emergency Dpt Triage and Acuity Scale), le Centre n'a pas de lits de patients.</p> <p>Une seule IP était présente dans le service afin de comparer ses actes à celui d'un MU.</p>

	<p>Instrument de collecte des données : L'évaluation clinique prospective, a duré six mois, où l'on comparait les soins donnés par l'IP à ceux d'un médecin urgentiste.</p> <p>Les MU ont passé en revue chaque cas en temps réel avec l'IP et rempli le formulaire explicite d'évaluation afin de déterminer si l'évaluation et l'examen de l'IP ainsi que les mesures qu'elle prenait étaient « tous équivalents aux soins de médecins d'urgence » (ou s'ils différaient de ceux d'un médecin d'urgence). Le pourcentage d'interaction TÉSMU était déterminé en fonction de 23 catégories de raisons de consultation des patients. A priori, il est supposé que les patients de différentes catégories ou de raisons de consultation, pouvaient être traités par une IP de façon autonome, si 50 % des rencontres de l'IP dans cette catégorie étaient considérées comme étant TÉSMU. Des données descriptives ont été présentées pour les groupes de patients, les domaines d'enseignement et le critère temporel.</p> <p>Déroutement :</p> <p><u>Configuration et patients :</u> Les patients nécessitant une hospitalisation ou des diagnostics à l'aide d'imagerie au-delà des radiographies et des ultra-sons sont envoyés dans des hôpitaux avec soins intensifs. Les MU n'acceptent pas des patients arrivant en ambulance de façon régulière et toutes les demandes des ambulanciers (EMS – Emergency Medical Response) sont évaluées par les MU et les infirmières en charge. Les MU qui travaillent au Centre fournissent également des soins d'urgence à une unité de formation en soins tertiaires ainsi qu'à un centre de traumatologie.</p> <p><u>Mandat du projet et principes dans le développement du rayon d'action :</u></p> <p>Les MU du Centre ont obtenu un soutien du Medical Services Development and Innovation Fund afin de créer un modèle de service d'urgence qui optimise l'engagement des MU en ajoutant des IP à des équipes multidisciplinaires de MU. Les IP doivent aider à identifier, développer et utiliser des alternatives au travail des MU pour des cas cliniques adaptés. L'approche dans le développement du rayon d'action</p>
--	---

	<p>des IP diffère de celle prise dans d'autres pays où les IP dans les services d'urgences, sont limitées à un certain type de patient. <u>Sélection des IP</u> : L'association des infirmières enregistrées de l'Alberta (AARN) requiert que les IP possèdent un baccalauréat et aient terminées une formation approuvée par l'AARN. Le Capital Health Region requiert un degré de niveau Master en soins infirmiers. En plus de ces qualifications, les auteurs ont spécifié que les candidates IP devaient avoir une certification d'Advanced Life Support, un minimum de 3 ans d'expérience dans un service d'urgences, ainsi qu'une licence pour pratiquer dans l'Alberta. Une préférence a été donnée aux candidates IP avec une certification en soins infirmier aux urgences, en Trauma Core Course, Emergency Nurse Pediatric Course, en Pediatric Advanced Life Support ainsi que celles ayant suivi des cours en soins traumatologiques avancés. Le comité de sélection des candidates était composé de 3 administrateurs ainsi que de 2 médecins chefs qui ont établi les critères afin d'établir un classement des candidates. Le comité a développé un processus en 3 étapes pour l'évaluation des meilleures candidates, basé sur leur expérience, leur formation ainsi que leur personnalité. Afin d'être sélectionnées, les candidates devaient atteindre un score de 75 sur les critères de sélection. Les parties 2 et 3 du processus étaient composées d'une interview, ainsi que d'une revue clinique. Sur la base d'une décision unanime du comité de sélection, la meilleure candidate a été engagée en octobre 2004.</p> <p><u>Evaluation de l'IP et procédure dans les horaires</u> : La description du cahier des charges de l'IP du Capital Health Region (37.5 heures par semaine) consiste en 80% de travail clinique et 20% dédié à l'enseignement, au leadership au développement personnel/professionnel, ainsi qu'à la recherche. Pour l'IP, ceci représentait 3 ou 4 shift de 8h en clinique, pour la plupart, la journée et la nuit, en commençant les shifts (« poste de nuit », horaire 3x8, etc.) à 7am, 10am, 3pm ou 6pm. Pour chaque shift, l'IP était aidée par un MU volontaire, à qui l'on avait détaillé le processus d'évaluation et de mesure. Afin d'évaluer l'inclusion de patients à tous les stades, l'IP a vu</p>
--	--

des patients dans l'ordre des stades d'acuités. Toutes les décisions du niveau d'acuité étaient évaluées par un MU volontaire. Pour chaque patient, l'IP et le MU évaluaient le degré d'acuité, le diagnostic ainsi que le plan de gestion du patient, chacun de leur côté. Les MU revoyaient ensuite les plans de l'IP. Le plan de l'IP était suivi à la lettre, seulement si le diagnostic, l'investigation, le traitement et la disposition étaient équivalents à ceux du MU. Les médecins chefs suivant l'expérience ont évalué les rapports faits par le MU volontaire de façon hebdomadaire.

Analyse des données : Les soins d'urgences sont basés sur les présentations des patients afin de développer un champ d'application à partir de la pratique de l'IP. Les chercheurs ont cherché à catégoriser les présentations. Ainsi, 23 catégories de présentations ont été définies. Pour chaque catégories, les rapports du travail de l'IP ont été évalués (pour les cas où le travail de l'IP était jugé équivalent à celui des MU). Ils ont déterminé que pour qu'une catégorie puisse être jugée « apte » à être prise en charge par une NP, au moins 50% des cas vus par l'IP devaient être équivalents aux soins fournis par le MU. Les données ont été évaluées sur une période de 6 mois.

Considérations méthodologiques : Plusieurs limites doivent être reconnues. Des fonds ont été fournis par MSDIF pour une élaboration du programme et pour la mise en œuvre, et non pour l'évaluation de la recherche. Par conséquent, le manque de ressources ne permettaient pas l'essai pilote de la sélection et des outils d'évaluation et cela limitait leur capacité de collecte de données. Bien que les auteurs aient embauché une IP excellente qui a rempli toutes les exigences souhaitées, les données reflètent la pratique d'une seule IP, ce qui limite la généralisation des conclusions. Les taux relativement faibles TESMU documentés dans cette étude suggèrent qu'il existe des différences substantielles entre les MU et la pratique des IP, mais des soins différents ne sont pas nécessairement plus dangereux et l'examen ne montre pas que les résultats des patients sont à risque. Enfin, les auteurs

	<p>ont examiné la gestion de l'IP auprès d'un large éventail de patients. Ils n'ont pas regardé l'utilité potentielle d'une IP dans des rôles plus circonscrits. Il en est de même pour la gestion des décisions d'unité clinique, la gestion du parcours des patients, la communauté de liaison, l'appui à la gestion des cas et à la planification des congés. Les futurs chercheurs sont invités à vérifier les équivalences des IP et MU dans d'autres juridictions.</p> <p>Ethique : pas d'information</p>
Résultats	<p>Lors de la période d'évaluation de 6 mois, l'IP a effectué 83 shifts de 43 journées, 34 soirées et 2 nuits. Il y a eu un total de 711 patients vus par l'IP. Les patients de l'IP étaient similaires aux profils des patients d'un MU. 21 évaluateurs ont participé au projet. 4 ont supervisé 50% des shifts de l'IP, 8 ont supervisé 70% et 15 ont supervisé 80% de tous les shifts de l'IP. La proportion par cas rencontrés par l'IP a été jugée équivalente aux MU. Ces données montrent que dans 42.9% des cas et dans 33.4% des nouvelles visites, l'IP a été jugée équivalente aux MU. Il n'y avait pas de différences majeures entre le taux d'équivalence aux MU pour les cas de pédiatrie vs. les cas adultes. Les patients avec le plus haut taux d'équivalence aux MU étaient ceux dans les catégories de suivi (55.4%), de diagnostic par imagerie (91.7%), ainsi que pour les résultats de labo en microbiologie (87.6%). Les lacérations ainsi que les maux de gorges isolés ont également atteint le niveau de 50% d'acceptabilité au niveau de l'équivalence aux MU. Le taux d'équivalence aux MU a augmenté de la période 1 à 6. Les évaluateurs des urgences ont enregistré 88.3 heures dédiées à la formation de l'IP pendant la période d'évaluation, une moyenne d'une heure par shift. Les domaines de formation étaient les suivants : savoir général de l'IP (41.9%), gestion de patients (29.5%), évaluation des patients (23.4%), savoir-faire général (10.0%) et comportement de l'IP (2.0%). Le total de 106.8% s'explique par le fait que les évaluateurs ont effectué plusieurs entrées dans des catégories multiples.</p>

<p>Discussion/ Conclusion</p>	<p>Discussion : Il y a un intérêt à intégrer des IP dans les urgences au Canada. Les données montrent que les urgences observées dans cette étude avaient une proportion élevée de patients avec un niveau d'urgence moins élevé (CTAS IV et V). Les soins prodigués par une IP soigneusement sélectionnée diffèrent sensiblement de ceux prodigués par les MU, excepté dans certains domaines. Cette évaluation comparative est une première étape dans la détermination de la question de l'équivalence entre la pratique des IP et des MU. Des recherches provenant d'autres pays suggèrent que les IP peuvent fournir un niveau de soins similaires à ceux des médecins assistants, mais il n'y a pas de données qui démontrent l'équivalence entre la pratique des NP et celle des MU.</p> <p><u>Formation des NP et base de connaissance :</u> Malgré le fait que le centre hospitalier utilisé pour le test comportait un faible taux de patients avec un degré d'urgence élevé, le taux de transfert vers des unités de soins intensifs a été de 5%. Ceci souligne la nécessité d'une large base de connaissances pour quiconque désire pratiquer de façon autonome dans les urgences. Des patients avec de potentielles menaces à leur vie doivent être diagnostiqués de façon adéquate.</p> <p>Lors du processus de sélection, les deux candidates finalistes ont été testées selon un processus standardisé afin d'évaluer leur niveau de connaissances ainsi que leur niveau de jugement dans la prise de décision. Ces évaluations, ainsi que les faibles taux d'équivalence en soins que les MU ont observés lors de confrontations aux patients suggèrent qu'il y a des différences significatives entre le niveau de connaissance des MU et des IP. Ces différences reflètent des problèmes au niveau du système éducationnel plutôt que des manques au niveau individuel. Cette croyance est davantage soutenue par le fait que la performance de l'IP s'est améliorée avec la formation donnée pendant la période de revue.</p> <p>Une revue canadienne récente recommande au moins deux ans d'expérience dans le domaine des soins infirmiers avant d'entrer dans un</p>
-----------------------------------	--

	<p>programme de formation d'IP, en plus d'un diplôme Master en soins infirmiers ainsi qu'un stage d'au moins 6 mois.</p> <p><u>Engagement d'une IP</u> : Des outils validés et des processus de sélection pour l'embauche d'infirmières praticiennes pour la pratique aux urgences n'existent pas et par conséquent, les administrateurs des urgences peuvent développer un modèle de leur propre chef ou adopter le modèle décrit ici. Une expérience significative en soins infirmiers dans un service des urgences est essentielle car elle identifie les personnes qui possèdent le profil requis pour le travail. Nous croyons qu'un processus formel d'évaluation et la période de formation sont importants parce que c'est la base de connaissances des IP. Les employeurs potentiels devraient reconnaître que les ressources nécessaires pour sélectionner la bonne personne et la former au niveau des soins du MU seront importantes.</p> <p>Conclusion : A l'exception du traitement des troubles « post-admission », des coupures simples et autres maux de gorges isolés, les soins fournis par les IP diffèrent substantiellement des soins fournis par les MU. Bien que les IP aient une expérience accrue des urgences et une formation pratique intensive, elles pourraient finalement, selon la situation, être à même de fonctionner de façon autonome pour une partie des soins fournis au patient. Les urgences qui sont actuellement en phase d'établir des profils d'embauche pour IP, devraient plutôt se concentrer sur un modèle collaboratif avec des MU.</p>
Critiques personnelles	<p>L'article ne présente pas l'aspect éthique de l'étude.</p> <p>Il est très intéressant de comparer l'IP avec un MU. Les autres études comparent uniquement l'IP avec un médecin-assistant. Lors de la lecture de l'article, beaucoup d'abréviations étaient utilisées. Cela compliquaient la compréhension du texte et la traduction.</p>

Bibliographie	Steiner, I. Nichols, D. Blitz, S. Tapper, L. Stagg, A. Sharma, L. & Policicchio, C. (2009). Impact of a nurse practitioner on patient care in a canadian emergency department. <i>journal canadien de soins médicaux</i> , 11, 207–214.
Type d'étude	Etude prospective observationnelle
Question/ But	Le but de l'étude était de déterminer l'impact des nouvelles infirmières praticienne (IP) en vue d'obtenir un service d'urgences opérationnel. Les auteurs ont fait l'hypothèse que dans les équipes dans lesquelles des infirmières praticiennes étaient présentes, les temps d'attente pour le patient et la durée de séjour aux urgences étaient plus courts et qu'un moins grand nombre de patients quittaient l'hôpital sans traitement.
Méthode	<p>Population : Tous les patients enregistrés aux services des urgences de l'hôpital de santé communautaire du Nord-est durant la période de contrôle ou d'intervention ont été considérés comme utilisables. Sur les 4025 patients enregistrés, 319 ont été exclus à cause de données incomplètes et 468 ont quitté les urgences sans traitement, ce qui a laissé 3238 visites de patients utilisables pour l'analyse. Parmi eux, 1314 visites sont survenues durant les périodes de contrôle et 1924 pendant les périodes d'intervention.</p> <p>Déroulement : Ils ont divisé l'étude en deux parties. Une partie était l'intervention : en octobre 2005, ils ont introduit une infirmière praticienne dans le service d'urgence durant une sélection de moments définis durant la semaine. L'infirmière praticienne travaillait 3,5 jours par semaine en faisant un horaire de 8h qui commençait à 7h30 ou à 10 du matin. Durant la période d'étude, les IP ont travaillé durant 68 tranches horaires avec 21 médecins urgentistes diplômés.</p> <p>L'autre partie était les postes de contrôle, définis comme étant remplis uniquement par un médecin urgentiste. Ils ont été identifiés et répartis de la meilleure manière possible, en prenant en compte la date, l'heure du début et le jour de la semaine. Le même groupe de médecins urgentistes travaillant en période de contrôle et d'intervention a été pris en compte</p>

	<p>et tous les horaires du matin ont été retenus. Pour le contrôle, ils ont pris 51 tranches horaires durant lesquelles les médecins travaillaient de manière indépendante et ils les ont comparées, aux 68 tranches horaires de l'intervention.</p> <p>En ce qui concerne l'attribution des patients, lorsque l'infirmière praticienne commençait à 7h30, elle suivait cliniquement les patients avec un traitement intraveineux, à moins que le médecin urgentiste n'ait besoin d'aide. A 10h00, l'infirmière prenait directement les patients en charge selon leur évaluation de triage CTAS ou selon la recommandation des médecins urgentistes.</p> <p><u>Collecte des données :</u> Le service d'urgence de l'hôpital de santé communautaire du Nord-est a donné les informations à partir de son système de données concernant les prestataires de soins, les caractéristiques démographiques des patients, la catégorie donnée suite au triage, les heures d'enregistrement, le temps de visite et le temps à disposition. Chaque rencontre entre un patient et une infirmière praticienne a été séparée en « collaborative » ou « autonome ». Les données ont été collectées prospectivement du 1^{er} février au 31 juillet 2006.</p> <p><u>Analyse des données :</u> La première comparaison a été faite entre les postes d'interventions et de contrôles. Les données ont été collectées pour chacune des catégories du CTAS. La signification statistique des différences observées dans les intervalles obtenus a été évaluée en utilisant un test de Wilcoxon 2. Des méthodes de modèles mixtes ont été utilisées pour chercher la nature des corrélations des données. Tous les modèles ont inclus les différentes catégories du CTAS comme des covariantes dichotomisées de niveau « 1 à 3 » et de niveau « 4 à 5 ». Un modèle de régression linéaire mixte a été choisi pour déterminer si l'occupation des postes par des IP avait un effet sur les temps d'attente et sur la durée d'hospitalisation. De manière similaire, un modèle logistique d'estimation d'équation généralisée a été utilisé pour déterminer s'il y avait un lien entre le nombre de patients qui quittent</p>
--	--

	<p>l'établissement sans traitement et l'occupation des postes par les IP. Les résultats des tests statistiques ont été évalués comme significatifs au niveau de 0,05.</p> <p>Ethique : Les chercheurs ont demandé au conseil d'éthique de santé d'approuver leur travail.</p> <p>Considérations méthodologiques : L'étude n'était pas randomisée malgré les efforts des chercheurs.</p> <p>La généralisation externe des résultats est limitée par le fait que les données reflètent la pratique d'une infirmière praticienne sur un seul site.</p> <p>Bien que l'infirmière praticienne ait eu 4 mois d'entraînement avant la collecte des données, ils estiment que les compétences et l'efficacité de l'infirmière praticienne peut augmenter au fil du temps et que l'impact à long terme d'une infirmière praticienne sur les urgences peut différer de celui estimé dans cette étude.</p> <p>L'étude n'a pas tenu compte d'autres résultats de qualité importants qui pourraient être améliorés par une infirmière praticienne, comme l'éducation du patient, l'enseignement des soignants ainsi que la satisfaction des patients et des soignants. Une analyse formelle sur les coûts par rapport à l'efficacité n'a pas été intégrée dans cette étude.</p>
Résultats	<p>Le nombre moyen de patients vus pendant les périodes d'intervention (Médecins d'urgences+IP) était de 28, contre 25 en période de contrôle (médecin urgentistes seuls), ce qui reflète une augmentation du débit de patient de 12% ($p<0,001$).</p> <p>Il n'y a pas eu une différence significative dans la médiane pour les temps d'attente en général ou lors des hospitalisations.</p> <p>Pour toutes les catégories de triage, les taux de patients qui quittaient l'établissement sans traitement étaient légèrement plus bas durant les périodes d'intervention. Le taux de patients qui quittaient l'établissement sans traitement était de 11,9% (259 sur 2183) pendant les périodes d'intervention contre 13,7% (209 sur 1523) pour les</p>

	<p>périodes de contrôle ; la tendance n'est pas significative.</p> <p>Les IP ont vu 599 patients ; 220 (36,7%) de manière collaborative et 379 (63,3%) de manière autonome, ce qui correspond à une moyenne de 9 patients par jour de travail.</p> <p>Les temps d'attente et d'hospitalisation étaient plus faibles dans les catégories CTAS 4-5 que pour les autres groupes.</p> <p>Les médecins urgentistes s'occupaient d'une plus grande proportion de patient de catégorie CTAS 1 à 3 lorsque les IP étaient présentes.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussions : Leurs résultats suggèrent que l'ajout d'une infirmière praticienne augmente de 12% le débit des patients, mais aucune amélioration significative des temps d'attente, de la durée de séjour, ou du nombre de patient partant sans traitement n'est présente. Il est important de noter que le champ d'exercice dans le cadre de l'étude diffère de la traditionnelle autonomie, approche accélérée dans d'autres juridictions.</p> <p>Des études montrent que la satisfaction des patients est en corrélation avec le temps d'attente. L'IP a été recruté pour diminuer le temps d'attente et donc augmenter la satisfaction. Selon cette étude, l'ajout d'une infirmière praticienne a été associé à une réduction de 7 minutes d'attente pour les patients non urgents (pas significatif), mais aucune amélioration dans les temps d'attente globaux ou sur la durée de séjour, en particulier pour les patient CTAS 1-3, n'a pu être observée, selon les auteurs, il y a plusieurs raisons qui peuvent expliquer cela :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La plupart des patients plus dépendants nécessitent un brancard des urgences mais de nombreux brancards sont bloqués par les patients en attente de transfert, d'admission, d'imagerie à des fins de diagnostique ou d'une consultation. 2) Tous les patients CTAS 1-3 vus par l'infirmière praticienne nécessitent un examen auprès d'un médecin urgentiste et dans certains cas, le médecin peut avoir été un facteur limitant. <p>De plus, les temps d'attente et les durées de séjour des patients CTAS 4-</p>

	<p>5 vus par les IP étaient plus courts lors d'une prise en charge autonome que lors d'une collaboration, mais cette efficacité ne se traduit pas par des temps d'attente plus court ou des durées de séjour réduits pour les patients plus malades. On suggère que les patients bloqués sur un brancard étaient plus déterminants que la présence ou l'absence d'une infirmière praticienne.</p> <p>3) Les patient CTAS 3 partant sans traitement des services d'urgences (dans cette étude, ils représentaient 12.7% des patients partant sans traitement du groupe contrôle et 9.5% du groupe avec une infirmière praticienne. Ils restent tout de même inférieur au taux de 27% de patient partant sans traitement cité ailleurs) sont une cause de préoccupation, car ces patients ont souvent besoin d'une évaluation et d'un traitement aigu. D'autres études ont rapporté que 60% des patients quittant le service sans traitement vont demander des soins médicaux ultérieurement, 73 % auront un changement dans leur traitement en cours et 4.1% seront admis juste après leur retour des urgences (ou dans les 2 semaines). Une étude américaine a montré que 11% des patients ont été admis à l'hôpital dans la semaine.</p> <p>Conclusions : L'ajout d'une IP a une large portée à la composition du personnel du service des urgences et peut diminuer la proportion de patients qui quittent les urgences sans traitement, réduire la proportion des patients moins urgents vus par les médecins urgentistes et accélérer le débit des patients moins urgents, mais cet ajout n'a pas réduit l'ensemble des temps d'attente ou la durée de séjour dans ce cadre.</p>
Critiques personnelles	<p>Cette étude procure des résultats probants sur le débit, le taux de patients qui quittent les urgences sans avoir été vus, le temps d'attente et d'hospitalisation. Cependant, la généralisation de cette étude est limitée par son échantillon (1 IP et un seul service) et que la population n'ait pas été randomisée. Certains passages de l'article étaient peu clairs. Ce qui nous amène à nous poser certaines questions sur la validité des résultats. En revanche, nous trouvons que les explications qui ont été données pour expliquer les résultats dans la discussion sont très intéressantes.</p>

Bibliographie	Thrasher, C. & Purc-Stephenson, R. (2007). Integrating nurse practitioners into Canadian emergency departments: a qualitative study of barriers and recommendations. <i>journal canadien de soins médicaux d'urgence</i> , 9, 275-81.
Type d'étude	Étude qualitative
Question/ But	Identifier les éléments facilitateurs et les obstacles liés à l'intégration des infirmières praticiennes (IP) dans les services d'urgences du Canada, du point de vue des IP et de celui du personnel des urgences.
Méthode	<p>Population : Les chercheurs ont identifié 20 hôpitaux de l'Ontario qui emploient des IP sur lesquels 18 ont accepté de participer à l'étude. Sur ces 18, les chercheurs en ont sélectionnés 6 qui reflétaient les différences dans l'emplacement géographique, le volume de patients, l'affiliation avec des hôpitaux d'enseignement et des modèles de remboursement des médecins. Dans chaque hôpital, une infirmière praticienne, un médecin, une infirmière et le gestionnaire des ED (service des urgences) ont été invités à participer à l'étude. Sur les 24 membres du personnel ED contactés, tous ont accepté de participer. Comme incitation à participer, ils ont reçu 100 \$.</p> <p>La collecte des données : La collecte des données a eu lieu entre janvier et février 2003. Les données ont été recueillies par des entretiens pour 16 participants et par téléphone pour 8 participants. Les entretiens ont eu lieu dans un endroit privé et ils ont duré entre 45 minutes et 1,5 heure. Le contenu des entretiens a été enregistré et retranscrit mot à mot. Un protocole d'entrevue semi-structurée a guidé les enquêteurs. De plus, le chercheur principal effectuait toutes les entrevues.</p> <p>L'analyse des données : La gestion des données a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo (version 2.0, Qualitative Solutions and Research, Victoria, Aus.). Le chercheur principal (un anthropologue médical) et 2 assistants de recherche (2 étudiants) ont examiné les relevés de notes. Pour s'assurer de l'exactitude des résultats, ils se réunissaient fréquemment pour discuter de la révision des relevés de notes et des</p>

	<p>résultats de l'analyse des données.</p> <p>Considérations éthiques : Les commissions d'examen d'éthique des hôpitaux participants, ainsi que l'Université McMaster ont approuvé l'étude. Ils ont aussi eu le consentement éclairé de tous les participants.</p> <p>Limite de l'étude : L'échantillon vient d'une province canadienne. Par conséquent, les résultats peuvent ne sont pas généralisables à d'autres endroits. Toutefois, ils ont tenté d'améliorer la généralisation des résultats en échantillonnant les hôpitaux. Pour cela, ils ont sélectionné des hôpitaux de tailles variables, de provenances géographiques diverses et avec différents types de patients. Ils ont aussi mis en place des entrevues avec les intervenants clé de chaque hôpital, qui ont été directement impliqués avec l'IP.</p> <p>Une autre limitation est qu'ils ont utilisé une conception transversale. Pour bien comprendre les questions de mise en œuvre des IP, le personnel des urgences aurait dû être suivi dans le temps. Malgré ces limites reconnues, leur résultat renforcent et s'appuient sur les précédentes recherches, ce qui fournit une validité convergente.</p>
Résultats	<p><u>Le contexte organisationnel :</u> Tous les répondants ont noté des lacunes dans le système de soins de santé actuel, comme un manque de médecins de famille dans leur communauté ou le fait que les heures d'ouverture des bureaux de médecins de famille sont en conflit avec les horaires de travail des familles. Selon 17 répondants, cela amène les patients non-urgents à venir aux urgences. Trois gestionnaires de service d'urgences ont indiqué que les médecins étaient généralement difficiles à recruter et à retenir. Par conséquent, des changements dans la structure des urgences ont été jugés nécessaires pour mieux gérer le volume et améliorer le flux des patients, ce qui a facilité l'intégration des IP.</p> <p>17 répondants ont indiqué que l'intégration de l'IP était plus facile si le service d'urgence était affilié à un hôpital d'enseignement ou si la culture du service d'urgence était extrêmement collégiale. 17 répondants ont décrit que les médecins rémunérés sur un système de paiement par services avaient créé un obstacle aux IP. A l'inverse, 7 répondants ont</p>

	<p>indiqué que les médecins qui travaillaient pour un salaire fixe avaient facilité l'intégration des IP.</p> <p><u>La clarté du rôle :</u> 20 répondants ont signalé que définir clairement le rôle des IP était essentiel pour une intégration réussie et qu'il était plus facile d'intégrer les IP dans un service d'urgences si le personnel avait déjà de l'expérience de travail avec cette profession. Les infirmières en particulier ne connaissaient pas la façon dont les IP différaient d'une infirmière ou d'un médecin. Bien qu'il semble y avoir peu de résistance du personnel infirmier, une zone de conflit a été mise en évidence lorsque les infirmières « traditionnelles » ont été invitées à exécuter des ordres sur des patients vus par les IP.</p> <p>Une description écrite peut être utile pour préparer le terrain pour la mise en œuvre du rôle, mais il est important d'avoir des discussions durant le processus d'intégration. Quatre répondants ont indiqué que l'une des raisons pour lesquelles le rôle des IP a été si souvent mal défini était due à la rapidité avec laquelle elles avaient été mises en œuvre. Dans tous les 6 hôpitaux, il y avait un financement séparé pour la position IP. Bien que le financement fût clairement un facteur de facilitation, les répondants ont indiqué que le temps mis de côté pour définir clairement le rôle de l'IP avant leur arrivée était inadéquat.</p> <p><u>Le recrutement des IP :</u> L'un des obstacles à l'intégration des infirmières praticiennes a été associé à leur recrutement difficile pour travailler aux urgences. 13 répondants ont observé que les IP sont généralement pas au courant ou indifférentes à des postes qui s'offrent à elles dans un service d'urgences.</p> <p>17 répondants ont indiqué que l'un des facteurs les plus importants associés à des efforts de recrutement infructueux des IP était qu'elles avaient une plus grande autonomie de travail dans la communauté que dans un service d'urgences.</p> <p>Un autre facteur qui a affecté le recrutement d'IP a été leurs compétences et leurs expériences antérieures. 15 répondants ont signalé que l'une des compétences les plus importantes pour les IP était de</p>
--	--

	<p>posséder une formation en médecine d'urgences. Cela a contribué à accélérer le processus d'intégration. En outre, les IP qui ont été recrutées avec succès et intégrées dans les services d'urgences ont été décrites comme des membres de l'équipe, flexibles aux besoins des services d'urgences et pouvant fonctionner comme une infirmière en cas de besoin.</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion : Les résultats de cette étude sont en accord avec les questions de mise en œuvre rapportées dans les études précédentes.</p> <p>L'introduction des IP peut ne pas être appropriée pour tous les services d'urgence. Les infirmières praticiennes peuvent aider à assurer que les patients non urgents et ceux avec des besoins de soins de santé primaire reçoivent les soins qu'il leur fallait. De manière individuelle, les urgences devraient d'abord identifier leurs propres besoins, en concertation avec un examen de leurs ressources actuelles. La majorité des répondants estiment que l'intégration du rôle était une bonne idée. Cette étude n'a pas abordé la question connexe mais distincte de savoir si les infirmières praticiennes devraient être intégrées dans les urgences.</p> <p>Les infirmières praticiennes ont tendance à passer plus de temps avec les patients, ce qui coûte au service. Les recherches futures devraient évaluer l'efficacité clinique et le coût des services fournis par des infirmières praticiennes qui travaillent aux États-Unis et au Canada dans les services d'urgences ainsi que le point de vue des patients et des préférences pour la prestation des soins de santé afin de déterminer si les IP sont nécessaires aux urgences. Les obstacles identifiés impliquent le manque de connaissance concernant le rôle de l'IP et un manque de soutien et de mentorat de l'administration et des médecins.</p> <p>Conclusion : Les résultats renforcent les recherches antérieures et illustrent que l'introduction des IP dans les urgences canadiennes est associée à une combinaison de questions organisationnelles, personnelles, professionnelles et juridiques. Les 3 principaux problèmes identifiés en tant que facilitateurs et obstacles étaient le contexte organisationnel, la clarté du rôle et le recrutement des IP. Ces 3</p>

	questions mettent en évidence les questions complexes liées à la mise en œuvre des IP aux urgences canadiennes.
Critiques personnelles	<p>L'étude procure des résultats probants et utiles pour la revue de littérature en ce qui concerne les éléments facilitateurs et les obstacles liés à l'intégration d'IP de différent point de vue.</p> <p>Nous relevons quelques éléments négatifs à cette étude. Le principal à nos yeux est qu'ils ont donné de l'argent aux participants, ce qui selon nous, risque d'influencer les réponses. Une autre limite de l'étude est qu'elle vient du Canada donc la généralisation est limitée. En revanche nous trouvons très positif qu'ils ont sélectionné différents services d'urgences afin d'avoir une bonne représentation.</p>

Bibliographie	Thrasher, C. & Purc-Stephenson, R. (2008). Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> , 20, 231-237
Type d'étude	Etude transversale
Question/ But	<p>Compte tenu de la récente introduction des infirmières praticiennes dans les urgences au Canada, il est important de déterminer si les patients sont satisfaits des soins qu'ils reçoivent. Bien que la plupart des rapports de recherche mondiale porte sur la satisfaction des soins prodigués par l'infirmière praticienne (IP), il y a de plus en plus de preuves que la satisfaction des patients est composée d'éléments distincts. C'est dans cet esprit que cette étude a été entreprise afin d'élargir les données empiriques concernant la satisfaction du patient avec les IP.</p> <p>Plus précisément, le but de cette étude était de développer une mesure valide et fiable de la satisfaction des patients afin d'identifier les différents composants de la satisfaction des patients avec les soins des IP dans les urgences.</p>
Méthode	<p>Population : 6 hôpitaux en Ontario qui emploient des IP ont été sélectionnés.</p> <p>Les urgences sélectionnées fournissaient des services de soins de santé primaire et avaient une population pédiatrique.</p> <p>Chaque service d'urgences avait une IP.</p> <p>Instrument de collecte des données : Les participants ont rempli un questionnaire d'auto-évaluation qui a évalué les variables de l'étude, y compris les données démographiques, l'utilisation du service des urgences (SU), l'expérience avec une IP, et la satisfaction avec l'IP.</p> <p>Déroulement : Vingt hôpitaux de l'Ontario qui emploient une ou plusieurs IP dans leurs SU ont été contactés. Le chercheur principal a contacté les gestionnaires des SU de chaque hôpital et a demandé la permission de recueillir des données dans leur SU sur une période de 1 semaine. 18 gestionnaires des SU sur 20 contactés ont accepté de participer à l'étude. Nous avons sélectionné 6 des 18 hôpitaux possibles</p>

	<p>pour tenir compte des différences de situations géographiques (rural ou urbain), le volume des patients (haute vs basse), l'affiliation avec les hôpitaux d'enseignement, et des modèles de remboursement des médecins. Sur les six hôpitaux, quatre ont été situés dans les zones urbaines, cinq avaient un volume de patients annuel supérieur à 30.000, deux ont été affiliés à une université, et quatre ont eu des modalités alternatives pour le paiement des médecins. Les SU inclus ont fourni des services de soins de santé primaires à la communauté au sens large et un ayant une population pédiatrique. Sur les six infirmières praticiennes en cause (une par SU), cinq avaient une expérience entre 2 et 4 ans et 1 avait moins d'1 an d'expérience.</p> <p>Un questionnaire de 21 points a été construit grâce à une revue de la littérature et à l'examen de mesures existantes. Pour la présente étude, 10 des 15 articles de Cole et al. (1999) ont été adaptés avec la permission des auteurs de les inclure dans l'enquête. Les 10 articles ont été légèrement reformulés et tous les éléments qui ont été formulés de façon négative ont été reformulés de manière positive (par exemple, "L'IP n'était pas gentille avec moi" a été changé en "L'IP était gentille avec moi"). Cinq éléments ont été ajoutés, ils ont été conçus pour mesurer la capacité de l'IP à fournir un enseignement de santé et à résoudre le problème du patient. Le questionnaire final était composé de 21 questions, dont 18 mesuraient la satisfaction du patient sur les soins prodigués par l'IP et 3 mesuraient la compréhension du rôle des IP. Pour assurer la validité et le contenu, les éléments générés ont été examinés par un panel de six IP en soins primaires, dont deux avaient été IP dans un service d'urgence. Une pancarte a été posée et demandait de juger l'exhaustivité du questionnaire et de suggérer des ajouts si nécessaire. Tout élément qui a été jugé ambiguë ou mal formulé a été modifié. Ensuite, l'enquête a été mise à l'essai avec six enfants de 12 ans qui ont été invités à poser des questions avec leurs propres mots. Des essais pilotes avec des enfants de cet âge permettent de s'assurer que l'instrument est clair. Dans l'ensemble, le questionnaire a été bien compris par les enfants. Comme l'enquête conçue par Cole et coll.</p>
--	--

	<p>(1999), les questions sur la présente étude ont été évaluées en utilisant une échelle à 4 points de Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement d'accord).</p> <p><u>Les données démographiques</u></p> <p>Les participants ont indiqué les informations démographiques générales concernant l'âge, le sexe, le niveau de revenu, le niveau d'éducation, et l'état de leur santé.</p> <p><u>Utilisation des SU :</u> Les participants ont indiqué à quelle fréquence ils avaient visité un service d'urgence au cours des 12 derniers mois. Les participants ont également indiqué s'ils avaient déjà été vus par une IP et, le cas échéant, ils indiquaient combien de fois ils avaient été vus par l'IP.</p> <p><u>Satisfaction des patients à l'IP :</u> Les patients ont rempli le questionnaire pour évaluer la satisfaction des patients avec l'IP. Les participants ont indiqué leur degré d'accord en utilisant une échelle de Likert à 4 points avec des options de réponse allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement d'accord).</p> <p>Ceux qui ont accepté de participer à l'étude ont reçu une enveloppe qui comprenait le questionnaire, des instructions pour remplir et retourner ce dernier. Une pré-adresse était notée sur l'enveloppe et cette dernière était timbrée. Pour encourager l'achèvement du questionnaire, les participants ont été informés que lors du retour du questionnaire rempli, leur nom devait être entré pour un tirage au sort pour gagner \$ 100.00. Bien que les patients aient été invités à fournir des informations de contact afin de les recontacter pour le tirage au sort, leurs noms n'ont jamais été associés à des réponses.</p> <p>Considérations méthodologiques : Il y a quelques limitations. Tout d'abord, il s'agit d'un échantillon relativement petit provenant d'une province canadienne, et par conséquent, les résultats peuvent ne pas être généralisables à d'autres endroits. Les différences dans le champ de pratique, la préparation pédagogique, et la certification de l'IP peuvent</p>
--	---

	<p>également avoir un impact sur la généralisation. Bien qu'il soit difficile d'assurer que les résultats sont généralisables à d'autres services d'urgences en Ontario et au-delà, les auteurs ont pris un certain nombre de mesures pour veiller à ce que les données recueillies proviennent d'une population qui soit représentative et diversifiée. En outre, ils ont tenté de contrôler les biais de désirabilité sociale et de sélection en ayant un assistant de recherche formé qui invitait les patients à participer à l'étude après avoir été vus par l'IP plutôt que d'avoir l'IP qui demandait aux patients de remplir le questionnaire.</p> <p><u>Les recherches futures :</u> Comme cette étude était transversale, les recherches futures devraient utiliser un modèle longitudinal afin d'examiner la façon dont les niveaux de satisfaction des patients peuvent être changés au fil du temps. Par exemple, les infirmières praticiennes ont régulièrement un suivi auprès des patients par téléphone pour évaluer leurs progrès et identifier les questions liées à l'observance du traitement. La satisfaction des patients lors de ce processus de suivi, n'a pas été prise en compte dans l'étude et devrait être évaluée dans les recherches futures. En outre, l'enquête développée dans cette étude nécessite d'autres tests afin de s'assurer qu'elle est valide et fiable dans tous les milieux. Les recherches futures devraient également envisager d'utiliser cette enquête pour comparer les soins des IP avec celle des soins d'un médecin, d'examiner si des différences existent ainsi que d'explorer l'impact relatif qu'ont les facteurs tels que les temps d'attente, les comportements du personnel (par exemple, la courtoisie du personnel infirmier), et l'environnement (par exemple, le confort de la salle d'examen) sur les scores de satisfaction des patients.</p> <p>Ethique : Les permissions ont été accordées par les hôpitaux participant ainsi que par le comité universitaire d'éthique.</p>
Résultats	<p><u>Description de l'échantillon :</u> Au cours de la période d'étude d'une semaine, 155 patients ont été vus par des infirmières praticiennes dans 5 services d'urgences, 142 (91,6%) patients ont accepté de participer à l'étude, et 114 (80,3%) patients ont retourné un questionnaire. Bien que</p>

114 questionnaires remplis aient été retournés, 1 questionnaire a été exclu en raison de données manquantes excessives. Les taux de réponse des urgences variaient entre 33% à 100%. Un nombre similaire d'hommes et de femmes ont participé à l'étude. La majorité des participants avait plus de 12 ans ($n=83$), et leur âge variait de 13 à 84 ans ($M=43.23$, $SD=19.45$). Parmi les participants de 12 ans ou moins ($n=30$), leur âge variait de 3 mois à 12 ans ($M=5.25$, $SD=3.48$). Le niveau d'instruction variait de moins de la 9^e année à un diplôme d'études supérieures. La majorité des répondants ont indiqué que leur plus haut niveau de scolarité était un diplôme / certificat au moins (73.5%). Le revenu total par ménage variait de moins de \$ 9999 à plus de \$ 90.000, avec environ 36% des répondants gagnant moins de 60,000\$. Toutefois, sur les 15 patients âgés de 12 et 21 ans, 13 d'entre eux ont répondu au sondage de façon indépendante. Comme les patients de cette tranche d'âge étaient les seuls à déclarer un revenu annuel inférieur à \$ 9999, il est difficile de savoir si ces patients ont déclaré leur revenu ou leur revenu de ménage. La majorité des répondants (84,1%) ont déclaré que leur état de santé général était bon ou excellent. Les patients ont déclaré avoir visité les SU en moyenne 2,2 fois ($SD=2.8$) dans les 12 mois précédents. La plupart des répondants (88,5%) ont indiqué qu'ils avaient consultés ou été traités par une IP seulement dans un cadre SU.

La satisfaction des patients : La majorité des patients interrogés (71%) ont indiqué qu'ils préféreraient voir l'IP, tandis que 29% des patients ont indiqué qu'ils auraient préféré voir un assistant. Lors de l'examen des trois sous-échelles, les résultats ont montré que les patients étaient très satisfaits de l'IP mais ont une compréhension modérée du rôle des IP. Concernant la sous-échelle « écoute, attention », les scores variaient de 2.40 à 4.00 ($M=3.72$, $SD=0.38$). Cela suggère que les patients ont estimé que l'IP passe assez de temps avec les patients lors de ses consultations, qu'elles ont pris leurs problèmes au sérieux et leurs ont donné une chance de dire leur pensée. Pour la sous-échelle de la prise en charge globale des patients, les scores variaient de 1.60 à 4.00 ($M=3.52$,

	<p>SD=0.49). Les résultats suggèrent que les patients ont été satisfaits du traitement et des renseignements sur la santé fournis par l'IP. Pour la clarté du rôle, les scores variaient de 1.00 à 4.00 (M=2.99, SD=0.66). Ces résultats indiquaient que les patients croyaient qu'ils avaient une bonne compréhension du rôle des IP. Le sexe, l'âge, l'éducation et l'état de santé ne sont pas significativement liés. Il a été constaté que le niveau de revenu était significativement liée à la satisfaction avec l'IP $F(3.87) = 3.52, p < 0.05$. Les patients avec des niveaux de revenu entre \$ 50,000 et \$ 79,999 (M=3.82, SD =0.32) ainsi que ceux avec un revenu au-dessus 80000\$ (M=3.80, SD=0.31) ont rapporté avoir une meilleure écoute de l'IP que les patients présentant des revenus se situant entre \$ 10.000 et 49 999 \$ (M=3.50, SD=0.44). Il a été constaté qu'une expérience passée avec une IP a eu une influence pour le patient concernant sa prise en charge globale [$F(2, 112)=5.61, p < 0.05$]. Les patients qui avaient vu l'IP avant dans un SU ont rapporté avoir une meilleure satisfaction des soins (M=3.69, SD=0.41) que les patients qui n'avaient jamais vu d'IP auparavant (M=3.45, SD=0.51).</p>
Discussion/ Conclusion	<p>Discussion : Les IP n'ont été introduites que récemment dans toutes les urgences en Ontario. Les auteurs ont cherché à examiner les résultats de la satisfaction concernant la prise en charge des patients par les IP. Les résultats montrent que les patients sont très satisfaits des soins prodigués par des infirmières praticiennes dans les services d'urgences, ce qui concorde avec la littérature. Les chercheurs ont développé une étude spécifique pour évaluer la satisfaction des patients avec la prestation de soins offerts par des infirmières praticiennes dans les urgences pour mesurer les différents aspects du rôle de l'IP, tels que la promotion de la santé et les conseils de santé.</p> <p>Lors de la conception de cette enquête, les auteurs ont gardé à l'esprit certains facteurs qui pourraient influencer sur la satisfaction, comme par exemple les facteurs sociaux, le temps d'attente aux urgences, la perception des soins et donc conduire à une satisfaction accrue. Ils ont tenté de contrôler ces facteurs et de les isoler de la satisfaction des soins</p>

	<p>des IP, en concevant des éléments questionnant au sujet des services donnés par l'IP et de son rôle. En outre, les articles ont été rédigés d'une manière aussi neutres que possible afin de contrôler les biais d'acquiescement et d'améliorer la fiabilité.</p> <p>Les résultats ont montré que les participants étaient très satisfaits de l'attention personnelle qu'ils ont reçu des IP et étaient très satisfaits de l'exhaustivité des services de santé que l'IP fourni, ce qui est cohérent avec les études antérieures. En outre, les résultats ont également montré que les patients croyaient qu'ils avaient une bonne compréhension du rôle des IP.</p> <p>Comme la recherche suggère que la satisfaction est influencée par de nombreux facteurs complexes et interdépendants, ils ont examiné l'influence possible des variables démographiques et de la santé. La situation démographique significative qu'ils ont trouvée implique le niveau de revenu. Plus précisément, par rapport aux patients avec un moins bon revenu et ceux avec des niveaux modérés, les patients avec des niveaux plus élevés ont déclaré des niveaux plus élevés de satisfaction vis-à-vis de l'attention affichée par l'IP. Ils ont également constaté que les patients ayant déjà une expérience avec une IP rapportaient des niveaux plus élevés de satisfaction à l'égard des soins des patients qui n'avaient jamais vu ou été traités par une IP. Une explication à cela est que les patients étaient plus à l'aise avec l'IP étant donné qu'ils avaient été vus par une IP précédemment. En outre, ces résultats sont cohérents avec les précédentes études qui ont constaté que passer assez de temps à comprendre les préoccupations du patient et donner des explications approfondies sont importants pour les patients. Cela peut aussi expliquer pourquoi la compréhension du rôle des IP n'était pas essentielle en ce qui concerne la satisfaction. Les patients peuvent avoir des attentes au sujet des soins qu'ils reçoivent et ils ne se soucient pas de qui leur fournit les soins. Ce qui suggère que l'attention et les soins complets prodigués sont des éléments clés pour la satisfaction des patients.</p>
--	---

	<p>Conclusion : L'introduction de nouveaux prestataires de soins nécessite une évaluation de leur impact sur l'acceptabilité du patient et sur la qualité des soins. La présente étude a élaboré un sondage valide et fiable pour évaluer la satisfaction des patients avec les soins prodigués des IP dans les urgences. Plus précisément, les auteurs ont constaté que la satisfaction des patients est composée de divers éléments qui ne sont pas actuellement pris en compte dans les enquêtes de satisfaction globale. Les résultats suggèrent que les répondants étaient très satisfaits de l'attention personnelle qu'ils ont reçu de l'IP et ont été très satisfaits des informations données sur la santé. Les patients ont démontré n'avoir qu'une connaissance modérée du rôle des IP, mais cela ne diminue pas les scores de satisfaction.</p>
Critiques personnelles	<p>La construction de l'article n'est pas toujours évidente à comprendre car la méthodologie se retrouve dans les résultats. Cette étude nous a demandé beaucoup d'effort pour comprendre le contenu, tout particulièrement les statistiques.</p>